PROPOSITIONS

N° 133.

ET OBSERVATIONS

SUR PLUSIEURS POINTS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 juillet 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JACQUES-ALEXANDRE FABRE, de Puch,

Département de Lot-et-Garonne;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Élève de première classe de l'École pratique; Membre titulaire de la Société anatomique; Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

Duo præcipui sunt medicinæ cardines, ratio scilicet et observatio. BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. JULES CLOQUET, Examinateur.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX, Suppléant.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, Examinateur.
Briquet.	Martin Solon, Examinateur.
Brongniart, Suppléant.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Que ne puis-je vous offrir, en retour de votre inépuisable bonté, et des sacrifices pénibles que vous vous êtes si généreusement imposés pour moi, un gage plus digne de mon sincère attachement et de ma reconnaissance sans bornes!

A MON FRÈRE.

J.-A. FABRE.

AVANT-PROPOS.

La Faculté de médecine, avant de donner la dernière sanction aux études de ses élèves, a voulu les soumettre à présenter une thèse, et à la soutenir devant un jury choisi dans son sein. Son but n'a pas été, en les assujettissant à cette épreuve, d'en faire des compilateurs; aussi n'est-ce pas, à mon avis, répondre à ses vues que de résumer à la hâte les travaux qui ont été publiés sur une maladie, ou de répéter, après vingt ou trente auteurs, ce qui a été dit sur tel ou tel point de pathologie. J'ai pensé que, dans une dissertation inaugurale, chaque élève devait mettre un peu du sien, et chercher à son tour à suivre les exemples de ses maîtres en dirigeant ses études sur des points encore peu connus, ou en soumettant au creuset de l'observation telle ou telle doctrine qui ne s'appuierait pas sur des faits recueillis avec cette exactitude en quelque sorte mathématique et cet esprit philosophique qui caractérisent notre époque. Cette marche, qui seule peut imprimer quelques progrès à la science, est celle que j'ai suivie.

Attaché pendant cinq années au service médico-chirurgical des hôpitaux de la capitale, j'ai puisé à une source si féconde d'instruction le sujet de ce travail. J'ai présenté sous la forme de propositions le résultat d'une partie des obser-

vations les plus intéressantes que j'ai recueillies au lit du malade. J'aurais désiré pouvoir placer à la suite de mes assertions les faits qui venaient à l'appui de chacune d'elles; mais j'ai dû en supprimer le plus grand nombre pour me renfermer dans les bornes que des frais considérables d'impression permettent rarement aux élèves de dépasser.

Quelles que soient les imperfections qui se trouvent dans ce travail, j'ose espérer qu'il ne paraîtra pas à mes juges indigne de leurs suffrages. On y verra quelques faits nouveaux et plusieurs particularités qui jusqu'à ce jour avaient échappé à la sagacité des observateurs.

Qu'il me soit permis de témoigner ici publiquement ma reconnaissance aux maîtres habiles qui ont pris soin de diriger mes études médicales, et plus particulièrement à MM. *Rayer*, *Ferrus* et *Bérard* aîné. Si j'ai acquis dans les hôpitaux quelque pratique en médecine, et si j'ai pratiqué sur le vivant plusieurs des grandes opérations de la chirurgie, c'est à eux que je le dois. Je me plais à leur adresser mes remercîmens, et à leur donner l'assurance que je n'oublierai jamais leurs sages conseils et l'amitié dont ils n'ont cessé de m'honorer.

PROPOSITIONS

ET OBSERVATIONS

SUR PLUSIEURS POINTS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

ARTICLE PREMIER.

Maladies de l'encéphale.

§ 1er.

Quelque nombreux et quelque estimés que soient les travaux qui ont été publiés sur la structure, les fonctions et les maladies de l'encéphale, il n'est point de questions plus obscures en médecine que celles qui s'y rattachent. Je ne crois pas m'écarter beaucoup de la vérité, en soutenant que nos connaissances sur le système nerveux ne sont encore qu'à leur berceau : si ce fait était contesté, je ne voudrais d'autres preuves de ce que j'avance que les contradictions sans nombre et toujours renaissantes qui fourmillent dans les auteurs. Prenez, en effet, les meilleurs ouvrages qui traitent de l'axe cérébro-

spinal, et trouvez une page où il n'y ait au moins un point en litige ! Choisissez, parmi les opinions auxquelles il a donné lieu, celles même qui ont été le plus raisonnablement émises, et voyez combien il y en a qui n'aient trouvé contre elles les argumens les plus puissans et les noms les plus recommandables !

§ 2.

Ce n'est pas en multipliant les mémoires, et en entassant de nouveaux travaux sur ceux que nous n'avons déjà peut-être qu'en trop grand nombre, qu'on pourra, autant qu'il appartient à l'homme, percer le mystère qui environne tout ce qui a trait au système nerveux. De tous les moyens à suivre, un des meilleurs serait d'abord de chercher à débrouiller le chaos monstrueux des écrits innombrables qu'il a fait éclore. Il serait à désirer qu'on réunît dans trois cadres différens toutes les opinions auxquelles il a donné lieu : dans le premier, on placerait les vérités reconnues incontestables, qui deviendraient autant d'axiomes ; dans le second, on rangerait, par ordre de probabilité, toutes les questions douteuses, et on soulèverait celles qu'il importe le plus d'éclairer ; dans un troisième, on réunirait tout ce qu'il y a de faux, pour ne plus servir qu'à l'histoire des erreurs de l'esprit humain. Ce travail, confié à des mains habiles, et sanctionné par une critique sévère et éclairée, serait éminemment utile à la science. Que de médecins qui auraient consacré leurs veilles et leurs méditations à l'étude du système nerveux, s'ils n'eussent été rebutés dès leurs premiers pas par la confusion désespérante et les contradictions sans nombre qu'ils rencontraient à chaque instant ! Combien auraient enrichi nos connaissances sur le sujet dont nous parlons, s'ils eussent trouvé, en entrant dans la carrière de l'observation, un guide assuré qui leur eût séparé le vrai du faux, et leur eût montré les points litigieux qu'ils pouvaient éclairer par leurs efforts !

Un autre moyen non moins avantageux serait de généraliser davantage les travaux qu'on entreprend sur l'encéphale. Si tant de monographies, auxquelles il a donné lieu, sont incomplètes et défec-

tueuses, c'est, n'en doutons pas, parce que leurs auteurs, uniquement occupés de leurs spécialités, négligent trop toutes les autres maladies qui affectent le même organe : de là les rapprochemens vicieux qu'on a établis entre certaines maladies de l'encéphale, ou les trop grandes distances qu'on a mises entre elles ; de là vient que leurs influences réciproques sont si peu connues et leur diagnostic si obscur.

Nos connaissances sur le système nerveux ne feront de vrais progrès qu'autant qu'il se trouvera des hommes qui, par leur position et leur génie, seront capables de faire marcher de front toutes les parties qui s'y rattachent. Je dirai à ce sujet combien il serait à désirer qu'on créât dans chaque Faculté de Médecine une chaire du système nerveux, considéré sous le rapport anatomique, physiologique et pathologique. Qui ne sent que, par cela même que les plus hautes questions de philosophie se rattachent à ce système, que ses maladies privent l'homme de ce qu'il a de plus noble, qu'elles sont moins connues et passent généralement pour incurables ; qui ne sent, par là, combien une pareille chaire serait utile et pourrait devenir féconde en heureux résultats? L'étude de l'aliénation mentale rentrerait dans ses attributions : alors les jeunes médecins, appelés à venir prononcer en justice sur les cas les plus épineux de l'aliénation mentale, n'auraient pas à déplorer l'ignorance où on les laisse plongés ; mille intérêts sacrés dans les familles ne seraient pas exposés à chaque instant à se trouver compromis. Pour que l'institution de cette chaire ne manquât pas son but, il faudrait que le professeur, après avoir instruit les élèves dans les amphithéâtres, pût les conduire dans un service de malades choisis *ad hoc*. Il n'est pas douteux que les administrations des hôpitaux ne se prêtassent à un projet si éminemment utile ; elles savent aplanir les difficultés lorsqu'il est question d'intérêts qui se rattachent si fortement à ceux de la science et au soulagement de l'humanité.

(Pour éviter les répétitions trop fréquentes du même mot, j'ai employé indistinctement, à l'exemple de quelques auteurs, les termes

d'*encéphale*, d'*axe cérébro-spinal*, de *système nerveux*, pour désigner les centres nerveux et leurs dépendances.)

Passons maintenant à des propositions spéciales.

§ 3.

C'est à tort qu'on a décrit l'aliénation mentale comme une maladie distincte; on ne doit la considérer que comme symptôme d'autres maladies dont les lésions matérielles nous échappent en grande partie, faute d'investigations cadavériques bien dirigées.

§ 4.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la folie se plaignent de ne point trouver de lésions constantes à l'ouverture du cadavre. Comment n'en serait-il pas ainsi? Si l'aliénation mentale n'est qu'un symptôme, faut-il s'étonner qu'il puisse être commun à plusieurs maladies de l'encéphale?

§ 5.

On n'a pas assez insisté sur les dispositions congéniales et l'hérédité, considérées comme causes de la folie. M. *Foville* pense que la moitié environ des aliénés apportent en naissant le germe de leur maladie. Sa proportion n'est pas assez forte, et il serait plus vrai de porter l'évaluation aux deux tiers. J'appuie cette assertion sur des faits recueillis en grand nombre dans le service de M. *Ferrus*, où j'ai rempli pendant un an des fonctions d'interne. Je me rappellerai toujours que, sur une vingtaine d'aliénés qui entrèrent à l'hospice de Bicêtre, et chez lesquels les mémorables événemens de juillet 1830 avaient fait éclater la folie, on en comptait à peine quatre ou cinq qui n'eussent pas eu d'aliénés dans leurs familles, ou qui ne se fussent pas fait remarquer constamment par la bizarrerie de leur caractère.

M. *Ferrus* a fait depuis long-temps, à ce sujet, des recherches très-curieuses qui confirment tout à fait ce que je viens d'avancer.

§ 6.

Chez beaucoup d'aliénés, les hallucinations n'éclatent pas d'une manière brusque. Une imagination faible, qui a été vivement frappée, se forge des fantômes qu'elle personnifie sous toutes les formes; d'abord, elle connaît toute la fausseté de ses illusions, et cherche inutilement à les bannir; bientôt les impressions qu'elle reçoit deviennent si fortes, que ces illusions se changent en réalité; alors tous les sens conspirent à la fois pour tromper le malheureux aliéné; il ne peut plus douter que les impressions que ses sens lui procurent ne soient des réalités, il y croit comme à sa propre existence.

§ 7.

Parmi les maladies qui modifient le plus la marche de l'aliénation mentale, on doit placer en première ligne les affections thoraciques. Le célèbre *Pinel*, et après lui MM. *Esquirol*, *Ferrus* et *Foville*, ont fait cette remarque. Je ne connais pas d'exemple qui la fortifie davantage que l'observation suivante, que j'ai recueillie dans le service de M. *Ferrus*.

I^re^. OBSERVATION.

Manie furieuse alternant avec une double pneumonie qui survenait sous l'influence de cris violens et souvent répétés.

Un homme robuste, âgé de soixante-deux ans, était séquestré depuis long-temps dans une loge séparée, à cause de son exaltation continuelle et de sa furieuse brutalité. Cet aliéné, qui lançait des invectives contre tout le monde et ne cessait de vociférer, devint tout à coup calme et raisonnable. Comme il ne touchait pas à ses alimens, on le conduisit à l'infirmerie, le 25 février 1830, dans l'état suivant : pouls plein et fréquent, *facies* péripneumonique, respiration courte et fréquente; crachats très-visqueux, sanguinolens, et ayant contracté une couleur de rouille; matité du thorax, et plus marquée en arrière; râle cré-

pitant de chaque côté. Le malade est aussi calme qu'il était furieux naguère; toutes ses idées sont nettes et ses raisonnemens suivis. La pneumonie fait de nouveaux progrès et passe au second degré; cependant on parvient à en arrêter la marche, au moyen de plusieurs saignées, de vésicatoires, et de boissons émollientes.

A proportion que les symptômes de la pneumonie se dissipaient, que la matité de la poitrine devenait moins prononcée, et que la respiration se faisait entendre d'une manière plus distincte, le calme disparaissait et les discours devenaient de plus en plus décousus. Le 10 mars, la pneumonie avait disparu; mais en revanche, l'incohérence et le désordre des idées, les vociférations et les menaces étaient revenues à leur degré primitif. Les cris que poussait cet aliéné ne permettaient pas à ses voisins de dormir un seul instant; on était obligé de le contenir avec un gilet de force.

Il n'y avait que trois jours qu'il avait quitté l'infirmerie lorsque, sous l'influence de ses cris continuels ou plutôt de ses hurlemens, il survint une nouvelle pneumonie qui ramena des idées plus calmes et l'empire de la raison. Cette pneumonie, traitée par les mêmes moyens que la première, finit par disparaître et fut suivie à son tour d'un nouvel éclat de folie.

La pneumonie, en moins de quatre mois, se produisit ainsi jusqu'à six fois avec les signes physiques les plus tranchés. Elle paraissait survenir toujours sous l'influence des cris répétés, et ramenait le calme et la raison, qui décroissaient et finissaient par disparaître avec elle.

§ 8.

Nulle part on ne trouve de lésions plus profondes et plus variées de la sensibilité que chez les aliénés. On en voit beaucoup d'exemples, on ne peut pas plus curieux, dans les travaux de MM. *Esquirol, Georget, Bayle, Calmeil, Foville,* et généralement dans tous les auteurs qui ont écrit sur la folie. Quelque intérêt que présentent ces différens faits, il serait difficile d'en trouver de plus remarquable sous tous les rapports que celui que je vais rapporter.

II^e. OBSERVATION.

Manie chronique. — Paralysie générale. — Perte complète de la sensibilité. — Entorse suivie d'accidens qui nécessitent l'amputation de la cuisse. — Insensibilité du malade pendant l'opération. — Guérison. — Disparition complète de l'aliénation mentale.

Louis Buffé, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille moyenne, ayant le système musculaire développé et le crâne bien conformé, fut conduit à l'hospice de Bicêtre le 3 mai 1830. Sa femme, qui nous a fourni des renseignemens sur son compte, nous a assuré qu'après avoir offert depuis plusieurs années une bizarrerie toujours croissante, il avait fini par montrer de l'incohérence dans les idées et ne plus parler que de fortune et de grandeurs. Il possédait, disait-il, tantôt cinquante mille francs de rente, tantôt des millions, tandis qu'il avait à peine de quoi vivre. Lorsque nous pûmes observer cet infortuné, nous constatâmes une diminution très-marquée de l'intelligence, de l'incohérence dans les idées, de l'embarras dans l'action de la parole, quelques légers tremblemens des membres, et une faiblesse musculaire bien marquée. Ses discours étaient le plus souvent décousus et sa mémoire en défaut. Il ne paraissait occupé que d'idées de richesse et d'ambition.

Cet infortuné, en cherchant à s'évader, fit une chute de trente pieds de hauteur (10 mai). On le transporta à l'infirmerie, où je constatai l'existence d'une fracture des os propres du nez avec saillie des fragmens à droite. Le blessé portait en même temps une plaie contuse à la partie interne du sourcil gauche. L'articulation du coude-pied gauche était tuméfiée et présentait les traces d'une forte contusion.

Pour ne pas donner, jour par jour, les détails que j'ai recueillis, parce qu'ils occuperaient plus d'espace que je ne peux leur en consacrer, je me bornerai aux principaux. La plaie du sourcil se cicatrisa promptement, et la fracture des os propres du nez se consolida sans accidens. Les résultats ne furent pas si heureux pour la jambe et le

coude-pied gauches. Malgré l'usage de tous les moyens appropriés en pareil cas, la tuméfaction devint énorme et dépassa le niveau de la rotule. Il tomba une large escharre, il se forma de vastes collections purulentes dans l'épaisseur de la jambe, et bientôt il en sortit des flots de pus. On sentit à nu le tibia et le péroné, et on reconnut que les surfaces osseuses de l'articulation du coude-pied étaient cariées.

Les forces du malade étaient anéanties par une suppuration si abondante et un dévoiement continuel ; la suppuration se tarissait ; une teinte jaune-paille de la peau, la toux et une accélération dans les mouvemens respiratoires, donnaient déjà les signes d'une résorption purulente, lorsque M. *Murat*, ne voyant que des chances d'insuccès, ne se détermina à pratiquer l'amputation du membre que sur les instances réitérées de M. *Ferrus*.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que, pendant tout le temps qui précéda l'opération, Buffé ne témoigna aucune douleur, et que nous nous assurâmes à plusieurs reprises, en le piquant avec une épingle, que non-seulement la peau, mais encore les parties plus profondément situées, avaient perdu leur sensibilité. Les accidens qui avaient accompagné la chute, loin d'apporter quelque amendement dans les symptômes cérébraux, parurent les augmenter en intensité.

Lorsque M. *Murat* pratiqua l'amputation (26 juin), il trouva la jambe désorganisée si haut, qu'il fut obligé d'opérer la section à la partie moyenne de la cuisse. Une circonstance qui étonna tous ceux qui assistaient à l'opération, c'est que cet infortuné ne se douta même pas qu'on la lui pratiquait, et ne donna aucun signe de douleur.

Pendant le premier mois suivant, il n'y eut rien de remarquable, si ce n'est l'amélioration de son état général et la diminution progressive de la plaie résultant de l'opération. Dès les premiers jours du mois d'août, Buffé remarqua, à sa grande surprise, qu'il n'avait plus qu'une jambe. Depuis ce moment les symptômes de l'aliénation mentale disparurent sensiblement. Il cessa de parler de fortune et de grandeurs ; sa parole redevint libre, la faiblesse musculaire disparut, et

la sensibilité générale recouvra ses droits. Il sortit de l'hospice de Bicêtre le 6 octobre 1830, parfaitement guéri de tous ses maux.

Il n'est pas besoin de réfléchir long-temps sur cette observation pour voir combien elle présente d'intérêt; la guérison de l'aliénation mentale est ici d'autant plus remarquable que, lorsque la paralysie générale est survenue, elle porte presque constamment avec elle le sceau de l'incurabilité. Je me suis demandé jusqu'à quel point elle pouvait s'expliquer; j'ai pensé que la circulation n'ayant plus à alimenter autant de parties, la nutrition avait dû devenir plus active dans les autres, et qu'une modification si puissante dans l'économie avait pu entraîner un si heureux résultat. Une autre remarque que je ne dois point omettre, c'est la réussite d'une opération aussi grave lorsque tout semblait se déclarer contre elle. Ne pourrait-on pas conjecturer, avec raison, que la position morale du malade et son insensibilité n'avaient pas peu contribué à en assurer le succès?

Si le médecin peut quelquefois s'applaudir de la hardiesse de ses conseils, c'était bien le cas pour M. *Ferrus*.

§ 9.

On doit être très-réservé dans l'emploi de la saignée dès le début de la manie. Des évacuations sanguines trop copieuses ou trop répétées hâtent souvent l'arrivée de la paralysie générale. Quand celle-ci se déclare, c'est alors surtout qu'on doit s'en abstenir. Une des remarques que je viens de faire précédemment autorise à penser que dans certains cas de ce genre on pourrait retirer de grands avantages d'une alimentation excitante et riche en principes nutritifs.

§ 10.

Pourquoi l'apoplexie est-elle plus fréquente en hiver que dans les autres saisons de l'année? On l'a ignoré jusqu'à ce jour, à moins qu'on ne veuille admettre l'opinion de M. *Broussais* et de son école, qui, plaçant le point de départ de toutes les apoplexies dans l'estomac,

prétendent qu'elles arrivent plus fréquemment dans les temps froids, parce qu'alors les organes de la digestion jouissent d'une plus grande activité. Si les épanchemens de sang dans l'épaisseur de l'encéphale se font remarquer plus souvent pendant la saison des glaces, c'est autrement qu'il faut l'expliquer : l'action du froid détermine sur les parties extérieures une sorte de resserrement qui ne permet plus aussi facilement au sang de les pénétrer. L'effet est peut-être, jusqu'à un certain point, le même dans les poumons, à cause du contact continuel de l'air froid avec la muqueuse pulmonaire. D'après cela il doit nécessairement en résulter un plus grand afflux de sang vers les organes intérieurs, et plus particulièrement l'encéphale et les viscères abdominaux. *C'est à cette plus grande quantité de sang, dont la masse encéphalique est pénétrée pendant l'hiver, qu'on doit attribuer la plus grande fréquence de l'apoplexie.* Ce que je dis ici n'est ni hypothétique, ni conjectural ; mes raisonnemens sont appuyés sur des investigations cadavériques. Ne pouvant les rapporter ici, je me borne à renvoyer à une observation de mort par congélation, dont j'ai publié tous les détails dans *la Lancette française* (avril 1830, n°. 33).

§ 11.

Le ramollissement du cerveau est loin de se dessiner toujours avec les symptômes qui lui ont été assignés. Engourdissemens, contractures et paralysie des membres du côté opposé à l'altération de l'encéphale, tels sont, d'après les belles recherches de MM. *Rostan, Lallemand, Bouillaud* et *Cruveilhier*, les effets qu'on devrait en attendre. Cependant aucun de ces symptômes ne s'est présenté chez un malade dont j'ai publié l'histoire (*Lancette française; loco citato*) : il existait chez lui un ramollissement très-considérable de la partie latérale externe de l'hémisphère gauche du cerveau ; ses mouvemens étaient si libres et si violens que, pour s'y soustraire, on était obligé de le tenir continuellement enfermé. Le jour qui précéda sa mort, on le voyait marcher à pas précipités, soulever de gros fragmens de glace, et les lancer avec force sur les objets voisins. Quinze heures avant qu'il ne

succombât, alors même que tous ses organes avaient ressenti profondément les pernicieuses atteintes du froid, il se dressa sur son lit, et tendit les mains pour recevoir ses alimens. Il n'avait plus que quelques momens à vivre, qu'il imprimait encore des mouvemens à ses bras, qui n'étaient ni roides, ni contracturés; sa bouche n'était pas déviée, et son attitude était loin d'être celle d'un hémiplégique.

Cette intégrité *physiologique* du système locomoteur, alors que le cerveau offrait une lésion si profonde et si étendue, nous montre combien cette observation diffère de celles qu'on trouve consignées dans les ouvrages. Je n'en connais qu'une seule qui puisse en être rapprochée, c'est celle de M. le docteur *Lélut* (Journal hebdomadaire, février 1830). L'individu qui fait le sujet de son observation était un épileptique dont la peau offrait une teinte bronzée à la suite du nitrate d'argent pris à l'intérieur ; on le vit, la veille de sa mort, se promener dans une vaste cour, fumer selon sa coutume, et soutenir sa pipe de la main droite; il se coucha le soir sans témoigner aucune espèce de douleur, et mourut à trois heures du matin dans de violentes attaques d'épilepsie. En ouvrant le cadavre, on trouva, *à la partie externe du lobe postérieur gauche du cerveau et des dernières circonvolutions du lobe moyen, un ramollissement de la substance corticale s'étendant profondément sur la blanche.*

L'absence des symptômes propres au ramollissement du cerveau recommande assez d'elle-même les deux observations précédentes. Bien qu'en opposition avec les opinions reçues, elle ne saurait être révoquée en doute. Tous les raisonnemens et toutes les idées préconçues doivent se taire devant les faits.

§ 12.

S'il est vrai que les symptômes d'une maladie sont d'autant plus marqués que sa marche a été plus rapide et son invasion plus prompte, on doit penser que dans les deux observations précédentes le ramollissement ne devait pas être récent; alors il serait vrai de dire

que, *lorsque le ramollissement du cerveau se forme lentement, il se dessine avec des symptômes bien différens de ceux qui lui ont été assignés.*

§ 13.

Ce que je viens de dire ne s'applique pas seulement au ramollissement du cerveau; et, pour ne parler que de l'apoplexie, je rapporterai un exemple bien remarquable d'un épanchement considérable de sang qui comprimait un hémisphère cérébral, et qui ne fut point accompagné de la perte de la sensibilité et du mouvement.

III^e. OBSERVATION.

Manie. — Hallucinations. — Absence de la paralysie. — Mort. — Vaste collection de sang renfermée dans les feuillets d'une fausse membrane que l'arachnoïde contenait dans sa grande cavité.

M. D***, d'une constitution détériorée par de longs chagrins et par trente années de service dans les armées, n'avait sur ses vieux jours, pour soutenir son existence et celle d'une nombreuse famille, qu'une place de capitaine, qui lui fut enlevée il y a environ cinq ans. Ne trouvant pas dans sa pension de retraite de quoi satisfaire à ses besoins, il devint rêveur et mélancolique, et commença insensiblement dès-lors à donner quelques preuves de folie. Vainement il chercha dans quelque nouvel emploi à augmenter ses ressources pécuniaires; il se montra incapable d'en remplir aucun. Bientôt il devint méticuleux, pusillanime, et se livra aux pratiques les plus absurdes de la superstition. Enfin les hallucinations éclatèrent : cet homme se croyait à la tête de ses anciens soldats, auxquels il donnait des ordres nuit et jour; quelquefois on le voyait exécuter des mouvemens comme s'il eût été aux prises avec l'ennemi. La femme et une des filles de cet infortuné, qui m'ont donné ces renseignemens, m'ont dit qu'il sortait d'une famille où il y avait eu des aliénés. Elles m'ont appris en même temps qu'il avait parfois des momens lucides, et qu'il n'avait jamais été paralysé.

Dans un de ses momens d'agitation, M. D***. s'échappe un jour de chez lui, fait des extravagances dans les rues, est saisi par la police et conduit à Bicêtre le 12 juin 1830. Il est âgé de soixante-deux ans; sa tête est volumineuse, mais bien conformée; sa figure est ridée, et a contracté une couleur terreuse; son regard est sombre et soucieux, sa bouche n'est pas déviée; il articule librement toute espèce de mots, mais ses paroles ne se succèdent qu'avec lenteur. Ses idées cadrent assez bien entre elles, et sa mémoire lui rappelle fidèlement plusieurs souvenirs de la bataille de Jemmapes, à laquelle il avait assisté. C'était moins alors chez lui un état de manie qu'une tristesse sombre et concentrée sur ses malheurs. La marche était lente, mais assez ferme. Je ne constatai rien de remarquable du côté des organes des sens et de la sensibilité.

Tel fut à peu près l'état de cet infortuné, depuis son entrée dans l'hospice jusqu'à sa mort, qui arriva cinq jours après d'une manière tout à fait inattendue. Le jour où il succomba, il parla dans la matinée et ne se plaignit de rien. On l'avait vu se promener la veille et manger aussi copieusement qu'à son ordinaire.

A l'*ouverture du cadavre*, qui fut faite trente heures après la mort, je trouvai, entre autres lésions, le *poumon droit* hépatisé à sa base, et trois calculs de la grosseur d'une petite noisette dans la *vésicule biliaire*. Ce qui arrêta plus particulièrement mon attention fut l'état pathologique de l'*encéphale*.

Après avoir fait sauter la *calotte osseuse* qui protége le cerveau, je trouvai la dure-mère fortement tendue. Entre les *deux feuillets de l'arachnoïde* existait une fausse membrane jaunâtre, ferme, résistante, comme fibreuse, et dont la plus grande épaisseur était de trois quarts de ligne environ. Elle s'étendait sur les parties latérales et supérieures des hémisphères du cerveau, et se prolongeait en arrière jusqu'à la tente du cervelet. Les adhérences qui l'unissaient aux deux feuillets de l'arachnoïde étaient peu résistantes, et me permirent facilement de l'isoler. Cette fausse membrane, à l'endroit où elle correspondait à la partie latérale et moyenne de l'hémisphère droit, était partagée

en deux feuillets, entre lesquels existait une cavité circonscrite de toutes parts, et renfermant dans son intérieur cinq onces environ d'un sang noir et séreux, au milieu duquel nageait une quantité prodigieuse de petits caillots semblables à de gros grains de rouille. Le diamètre antéro-postérieur de cette poche était de cinq pouces, et le transversal de deux. L'*hémisphère du cerveau* correspondant à cette collection de sang avait été tellement aplati par elle, qu'en quelques points il y avait plus de neuf lignes de distance entre la substance corticale et les os du crâne. On voyait en outre, dans l'épaisseur de la fausse membrane correspondant à l'autre hémisphère du cerveau, dix ou douze nouvelles collections de sang semblables à la première, mais beaucoup moins considérables. La plus grande de celles-ci pouvait avoir un diamètre de quinze lignes, et la plus petite de trois. Quelque soin que j'aie mis à chercher des traces de vaisseaux sanguins dans l'épaisseur de la fausse membrane, je n'ai pu en découvrir. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré en quelques endroits d'une sérosité blanchâtre. Pas d'adhérences des membranes avec la substance corticale. *La pulpe cérébrale* m'a paru plus ferme qu'elle ne l'est ordinairement ; elle était un peu piquetée. Rien de particulier à noter dans les *autres parties de l'encéphale.*

A quoi attribuer raisonnablement ici l'absence de la paralysie, si ce n'est à l'accroissement progressif et insensible des lésions matérielles de l'encéphale, lésions dont le commencement remontait sans doute à l'époque où les premiers symptômes de la folie commencèrent à se manifester ? Vainement on voudrait l'expliquer par l'expérience ingénieuse de M. *Cruveilhier* (voyez Dict. de méd. et chir. prat., t. 3, p. 225) ; les fastes de la chirurgie renferment des exemples trop concluans et trop multipliés pour qu'il soit besoin de s'y arrêter.

§ 14.

L'étude de l'apoplexie n'est pas encore assez avancée pour que, d'après un ensemble de symptômes, on puisse assigner d'une manière précise et certaine le siége qu'elle occupe dans le cerveau. Quoique je possède quelques faits qui viendraient à l'appui des recherches de MM. *Foville*, *Pinel-Grandchamp* et *Bouillaud*, je les regarde encore comme environnées de trop d'incertitude pour pouvoir les adopter. Je dirai plus; je ne crois pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, d'assigner les caractères vrais et distinctifs qui différencient les apoplexies du cerveau, du cervelet, de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien. Les opinions que M. *Serres* a émises à ce sujet ne sont rien moins que vraies, et se trouvent en contradiction avec les faits. Il m'eût été facile d'en donner les preuves si elles n'eussent dû m'entraîner trop loin. Je préfère rapporter quelques observations qui me sont propres, et qui ne me paraissent pas sans intérêt. Je les ai recueillies à l'hospice de Bicêtre, dans le service qui était confié autrefois à *Lullier Winslow*. On verra s'il eût été possible, d'après les symptômes, de préciser le siége des épanchemens.

IV^e^. OBSERVATION.

Foyer apoplectique dans l'épaisseur de la pyramide antérieure gauche.

Le 10 juin 1830, on vint m'éveiller à une heure du matin, pour donner les premiers soins à un vieillard de soixante-dix ans. Lorsque j'arrivai auprès de lui, je le trouvai sans parole et sans connaissance. Sa face était violacée, sa bouche tournée à droite et le cou renversé du même côté. Les pupilles étaient dilatées, immobiles et insensibles à la lumière. En examinant les membres, je constatai une résolution complète de ceux du côté gauche, tandis que ceux du côté droit étaient roides et contracturés. La sensibilité n'existait plus; le pouls était plein et fréquent, et la respiration stertoreuse.

L'infirmier qui veillait dans la salle m'assura que cet état ne durait que depuis huit ou neuf minutes, et qu'il y avait à peine un quart d'heure qu'on avait vu le malade retirer de dessous ses coussins un petit morceau de pain qu'il mangea. Je fis une saignée de quatre palettes, qui fut bientôt suivie de la résolution complète des membres contracturés. La respiration se ralentit beaucoup, et le pouls devint à peine sensible. Je me retirai au bout de vingt minutes, après avoir prescrit un lavement purgatif, des frictions à l'eau bouillante sur les membres, et des sinapismes aux mollets.

Je fus bien étonné, à huit heures du matin, lorsqu'on m'apprit que ce vieillard, un quart d'heure environ après mon départ, avait recouvré insensiblement l'usage des mouvemens et de la parole. Je me rendis auprès de son lit, et je vis, à ma grande surprise, que tous les symptômes que j'avais observés pendant la nuit avaient disparu complètement. Le vieillard me parla, et me dit n'avoir aucun souvenir de ce qu'il avait éprouvé quelques heures auparavant.

MM. *Camus* et *Guary*, attachés en qualité d'internes au service où se trouvait ce malade, m'apprirent que depuis environ un mois il avait eu plusieurs attaques semblables, dont la durée ne dépassait guère deux ou trois heures. Pendant l'intervalle des attaques, le vieillard ne se plaignait de rien, n'accusait pas de faiblesse dans les membres, se promenait dans les salles, et mangeait d'assez bon appétit.

Une dernière attaque survint quelques jours après celle que j'avais observée, et entraîna la mort du malade.

L'*autopsie* fut faite vingt-quatre heures après; MM. *Camus* et *Guary* y assistaient. Le *cerveau* était ferme, consistant et point congestionné; il était on ne peut pas plus sain; il en était de même du *cervelet* et de la *protubérance annulaire*. Les *membres encéphaliques* offraient une intégrité parfaite, et il n'y avait point de liquide épanché dans la cavité de l'arachnoïde et dans l'intérieur des ventricules.

Nous perdions l'espoir de trouver quelque lésion de l'encéphale, lorsqu'en examinant le *bulbe rachidien* nous vîmes, dans l'épaisseur

de la *pyramide antérieure gauche* et à sa partie moyenne, une sorte de noyau jaunâtre de la grosseur d'un pois. Au centre de ce noyau existait une petite cavité qui aurait à peine contenu la tête d'une grosse épingle : elle renfermait un petit caillot de sang noirâtre. Les parois de cette poche paraissaient lisses; la teinte jaunâtre devenait d'autant plus foncée qu'elle se rapprochait davantage du centre, et avait contracté en cet endroit une couleur de rouille. Les parties qui étaient colorées en jaune, loin d'être ramollies, paraissaient plus fermes que les autres. Le *canal vertébral*, ouvert dans toute son étendue, n'offrit rien de remarquable; la *moelle épinière* parut tout à fait saine.

Les *poumons* étaient sains; le *cœur* était énorme et contenait beaucoup de sang; l'*estomac*, les *intestins* et tous les *viscères abdominaux* ne présentèrent rien de remarquable.

V^e^. OBSERVATION.

Vaste épanchement de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde, les ventricules latéraux et les troisième et quatrième ventricules.—Foyers isolés au nombre de cinq dans la protubérance annulaire.

Un vieillard, âgé de soixante-quinze ans, venait de couper quelques morceaux de pain, lorsque, sans cause connue, il est pris subitement d'une attaque d'apoplexie (9 mai 1830). La bouche se dévie, les membres du côté gauche perdent la sensibilité et le mouvement, et tombent dans une résolution complète. Face injectée; pouls fréquent et développé; pupille gauche dilatée; respiration un peu gênée. On pratique une saignée, et on ne peut retirer que huit onces de sang par une large ouverture faite à la veine médiane basiliq u. Dès ce moment, les symptômes augmentent avec plus de rapidité. La respiration devient stertoreuse; les membres du côté droit perdent à leur tour le mouvement et la sensibilité, et retombent en masse lorsqu'on les soulève. Vingt sangsues appliquées aux

apophyses mastoïdes, un lavement purgatif, des vésicatoires à l'eau bouillante, ne peuvent ralentir les progrès toujours croissans du mal, et la mort arrive sept quarts d'heure après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie vingt heures après la mort. Il s'échappa beaucoup de sang à la section des tégumens du crâne. Dans la cavité de l'*arachnoïde* étaient renfermés de gros caillots de sang noirâtre. De semblables caillots existaient dans les *ventricules latéraux*, le *ventricule moyen* et le *quatrième ventricule*. Le sang provenant d'une rupture linéaire de deux pouces de longueur, située en dehors du *corps strié droit*, avait pénétré dans le ventricule latéral droit, puis dans le gauche, et avait fini par s'introduire ensuite dans le troisième et le quatrième ventricule. Le *septum lucidum* avait été rompu par l'épanchement. Le ventricule latéral du côté droit, trop fortement distendu par les caillots, avait été déchiré à sa partie externe et postérieure, et c'est par cette déchirure que le sang s'était épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde. Je n'exagère pas en évaluant à quinze onces la quantité de sang épanché.

Dans l'épaisseur de la *protubérance annulaire* existaient en outre cinq foyers apoplectiques récens ; le plus grand n'avait pas moins de six lignes de diamètre, et le plus petit de deux. Un de ces foyers communiquait avec le quatrième ventricule. La substance du mésocéphale ne parut un peu dans les sillons [illegible] le *cervelet*, si [illegible] peu ramollie. Rien de particulier à noter dans [illegible] dernière ce n'est des traces d'une congestion sanguine, qu'il partageait avec toutes les autres parties de l'encéphale. Les *membranes du cerveau* ne présentèrent rien de remarquable. Une particularité que je ne dois pas omettre et qui me frappa, c'est que la moitié latérale droite de la *voûte du crâne* avait à peine un tiers de ligne d'épaisseur, tandis que l'autre moitié avait l'épaisseur naturelle : rien ne put m'expliquer sur le cadavre cette différence d'épaisseur.

Je supprime les altérations qu'offrirent les *organes thoraciques* et *abdominaux ;* je me borne à dire que le *cœur* était très-volumineux, et qu'il existait une hypertrophie concentrique du ventricule gauche,

dont la cavité était extrêmement petite relativement à la grandeur des autres.

VI^e. OBSERVATION.

Vaste déchirure du corps strié et de la couche optique du côté droit. — Épanchement de sang dans tous les ventricules et la grande cavité de l'arachnoïde.

Il n'y avait pas long-temps que j'avais recueilli l'observation précédente, lorsqu'on apporta dans les salles de l'infirmerie de Médecine un vieillard qui était dans l'état suivant : perte entière de la sensibilité et du mouvement dans tous les membres, qui sont dans un état de résolution complète ; face bleuâtre ; pupilles insensibles à la lumière ; respiration ronflante ; pouls plein et d'une fréquence ordinaire ; extrémités commençant déjà à être froides. Les garçons de service qui apportèrent ce malade nous apprirent qu'il n'était tombé dans cet état que depuis environ une heure. Le mal était survenu subitement, et sans qu'on pût lui assigner une cause. On appliqua des vésicatoires à l'eau bouillante sur les jambes, on fit une saignée du bras, et on ouvrit ensuite l'artère temporale superficielle. Tout fut inutile ; le râle des agonisans survint, et le malade succomba au bout de vingt minutes.

Voici ce que nous trouvâmes à l'*autopsie*. Les tégumens du crâne étaient gorgés de sang. On découvrit plusieurs petits caillots de sang noir qui avaient pénétré dans la grande cavité des membranes, après avoir rompu l'*arachnoïde* au niveau du *calamus scriptorius*. Les *ventricules latéraux*, le *troisième* et le *quatrième ventricule* se trouvaient distendus par une grande quantité de semblables caillots, qui les remplissaient en entier. Ici l'épanchement n'avait pas rompu le *septum lucidum* ; il avait pénétré dans les ventricules par leurs ouvertures de communication, et provenait d'une large déchirure, ramollie à son pourtour, s'étendant au loin sur le *corps strié* et la *couche optique* du côté droit. Rien de particulier à noter dans les autres parties de l'*en-*

céphale, si ce n'est des traces on ne peut pas plus évidentes de congestion.

Cœur très-hypertrophié. Les parois du ventricule gauche avaient plus d'un pouce d'épaisseur.

Ces trois faits parlent assez d'eux-mêmes ; et bien que le premier, par sa rareté et les circonstances remarquables qui le distinguent, soit susceptible de nombreuses réflexions, et m'eût permis d'attaquer le défaut d'influence que, suivant M. *Magendie*, les pyramides ont sur les mouvemens, je ne l'accompagnerai d'aucun commentaire. Un fait suffit bien rarement pour édifier solidement un système, ou le renverser de fond en comble. C'est, n'en doutons pas, pour s'être écartés de ce précepte que tant d'auteurs, torturant un fait, ou une expérience sur les animaux, ont semé sur la physiologie de l'encéphale la plus désespérante confusion. Je noterai seulement l'hypertrophie du cœur, qui se remarque ici dans les trois cas, et vient prêter une nouvelle force aux exemples de *Corvisart*, qu'on a invoqués plusieurs fois pour renverser l'opinion de M. *Rochoux*.

Terminons ce paragraphe par un exemple d'apoplexie des circonvolutions cérébrales. D'après un fait consigné par M. *Robert* dans le quatrième bulletin de la Société anatomique (voyez Bibliothèque médicale) et quelques expériences ingénieuses de M. le professeur *Cruveilhier*, on est porté à croire que, lorsqu'un épanchement circonscrit et peu considérable se forme à la surface du cerveau, il ne survient pas de paralysie. On jugera jusqu'à quel point l'observation suivante vient à l'appui de cette assertion.

VII^e^. OBSERVATION.

Œdème du poumon. — Foyer apoplectique dans une circonvolution cérébrale.

Un paralytique aliéné, âgé de soixante ans environ, sujet depuis long-temps à des palpitations tumultueuses, est pris tout à coup

d'une grande difficulté pour respirer. Appelé pour lui donner les soins nécessaires, je fus frappé de l'angoisse et du désespoir qui se peignaient sur sa figure, devenue bleuâtre. Il était sur son séant, et portait sans cesse les mains sur sa poitrine, en me disant, d'une voix souvent entrecoupée, *que tout son mal était là.* Il rendait par la bouche un liquide filant et écumeux; sa respiration était râleuse, très-accélérée, et la suffocation imminente. L'impulsion du cœur ne se sentait plus, et le pouls était on ne peut plus petit et fréquent; le son du thorax était mat; l'auscultation faisait reconnaître du râle muqueux très-abondant dans les bronches. (Potion antispasmodique, sinapismes aux jambes.) Il n'y avait pas un quart d'heure que j'étais parti, lorsqu'on vint m'annoncer la mort de cet infortuné. On me dit qu'il n'avait présenté aucun signe de paralysie.

L'*autopsie*, qui fut faite le lendemain, nous permit de voir tous les caractères anatomiques de l'œdème des *poumons*, et de constater une hypertrophie des parois du *cœur* qui était doublé de volume. Il existait quelques adhérences des *membranes encéphaliques* avec la substance corticale du *cerveau*. Ces adhérences siégeaient plus particulièrement à la base des lobes antérieurs. A la partie latérale externe et un peu postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, dans une circonvolution située à un pouce et demi de distance, en dehors de la grande scissure longitudinale, existait un foyer apoplectique récent, contenant un caillot de la grosseur d'un œuf de moineau. La circonvolution était élargie à sa surface.

On ne remarque pas dans cette observation d'apoplexie la présence de la paralysie. Cette dernière serait-elle survenue après mon départ, et aurait-elle resté inaperçue par les infirmiers? Je ne puis le croire, d'après les détails qu'ils me donnèrent. Il faut donc ou que l'épanchement de sang qui existait dans une des circonvolutions ait eu lieu après la mort, ce qui paraît bien peu probable, ou qu'il soit survenu pendant la vie et n'ait point été accompagné de paralysie.

§ 15.

Rien n'est plus facile, d'après les livres, que le diagnostic de l'apoplexie. Il n'en est pas de même au lit du malade; je ne crains pas d'être désavoué là-dessus par ceux qui ont pratiqué la médecine dans un service d'aliénés et de vieillards : j'ai vu plus d'une méprise être commise par des hommes justement recommandables par leurs talens. Je me bornerai à indiquer le fait suivant. Un aliéné avait été plongé dans un bain (30 degrés cent.); on le retire un moment après avec tout le côté gauche paralysé. Le coma survint; les membres du côté droit perdirent à leur tour la sensibilité et le mouvement, et la mort arriva le lendemain. On ne trouva à l'autopsie aucune espèce d'épanchement de sang. Après avoir examiné soigneusement toutes les parties de l'encéphale, nous constatâmes seulement la présence de trois onces de sérosité limpide dans les ventricules, quelques adhérences des membranes avec le cerveau, et une légère infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, au niveau de la partie supérieure et latérale des hémisphères.

§ 16.

Chez quelques apoplectiques, la saignée générale, loin d'être avantageuse, est souvent suivie des plus funestes résultats; les exemples ne me manqueraient pas à l'appui de cette assertion. Dans les cas que j'ai observés, la saignée m'a paru préjudiciable, 1°. lorsque l'apoplexie ne débutait pas subitement et d'une manière bien franche; 2°. chez les personnes qui ont l'habitude de tomber en syncope lorsqu'on les saigne; 3°. chez celles qui ont une constitution molle, et dont les chairs ont une couleur blafarde; 4°. lorsque l'apoplexie a été précédée ou accompagnée de l'issue de ces mucosités visqueuses qu'on nomme vulgairement *glaires*, et que le ventre a de la tendance à se météoriser.

§ 17.

Quel est le siége de la chorée? M. *Serres* l'a placé dans une altération des tubercules quadrijumeaux. L'opinion de ce médecin me paraît hasardée ; on en trouve la preuve dans le fait suivant. Un homme affecté de chorée succomba à la suite d'une gangrène du poumon. Les tubercules quadrijumeaux parurent à l'autopsie tout à fait à l'état normal. Au lieu des altérations qu'a signalées M. *Serres*, on trouva le bulbe rachidien d'une densité si remarquable, qu'il criait sous le tranchant du scalpel. Ce fait, que j'ai observé avec mon ami M. *Bergeon*, a été publié par lui dans le trente-huitième Bulletin de la Société anatomique, année 1831.

ARTICLE II.

Maladies des organes de la respiration.

§ 1^er^.

D'après plusieurs observations de corps étrangers dans les voies aériennes, et dont j'ai publié quelques-unes (Lancette française, t. 3, n^os^. 19, 64, et t. 4, n°. 26), il est prouvé, pour moi, 1°. que les corps étrangers pénètrent plus facilement dans les voies aériennes des vieillards, des épileptiques et des paralytiques aliénés, et qu'on peut en trouver la cause dans le trouble ou le défaut de l'innervation ; 2°. que les symptômes qui les accompagnent ont une marche si insidieuse et si différente quelquefois de celle qu'on remarque ordinairement, qu'il peut arriver qu'ils soient méconnus, malgré l'attention la plus scrupuleuse ; 3°. que la mort en est presque toujours la suite immédiate, et arrive subitement, sans avoir été précédée des angoisses de la suffocation.

§ 2.

Il n'est pas toujours possible de s'assurer si le sang que rend un malade par la bouche provient primitivement de la muqueuse bronchique ou de la surface interne de l'estomac. La présence du *sang vermeil et écumeux* n'est rien moins qu'un signe pathognomonique d'hémoptysie. En effet, tous les auteurs qui ont écrit sur l'hématémèse s'accordent à dire que le sang exhalé a été rencontré tantôt *noir*, tantôt *vermeil*. Supposons que ce dernier cas existe, et qu'une certaine quantité de sang pénètre dans les voies aériennes pendant le vomissement, il en résultera des efforts de toux, et un mélange d'autant plus intime du liquide avec l'air expiré que celui-ci tendra avec plus de force à débarrasser les conduits respiratoires ; de plus, l'air, avant d'être chassé au dehors, ne pourrait-il pas, en parcourant convulsivement en quelque sorte les fosses nasales et la bouche, donner au sang qui les traverserait abondamment l'aspect écumeux dont nous parlons? J'ai publié un fait qui confirme ce que je viens d'avancer. (Voy. Lancette française, t. 3, n°. 64, et la discussion que j'eus à ce sujet avec M. *Rochoux*, n°s. 65, 66, 67, 68.

§ 3.

On n'emploie pas généralement assez les fumigations dans les maladies du poumon et de la muqueuse aérienne. Si les applications locales sur un phlegmon ou toute autre maladie siégeant à l'extérieur sont employées fréquemment avec tant d'avantage, pourquoi ne chercherait-on pas avec la même persévérance à produire des effets semblables dans les maladies des organes respiratoires, en les mettant en contact avec des principes émolliens, excitans, narcotiques, etc., selon les indications thérapeutiques.

ARTICLE III.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

§ 1^er^.

L'excision des amygdales hypertrophiées pourrait souvent être remplacée avec avantage par des incisions ou des piqûres profondes qu'on pratiquerait sur elles.

VIII^e^. OBSERVATION.

Hypertrophie de l'amygdale droite guérie à la suite de plusieurs piqûres faites avec la pince de MUSEUX.

Une jeune fille, âgée de vingt ans environ, entra à l'hôpital Saint-Antoine avec une hypertrophie de l'amygdale droite. Celle-ci formait une saillie considérable dans l'arrière-bouche, déjetait la luette à gauche, et s'avançait un peu au-delà de la ligne médiane. Cette hypertrophie durait depuis un an, et était survenue à la suite de plusieurs amygdalites souvent répétées. Elle occasionait de la difficulté pour avaler, et donnait à la voix un son nasillard. M. *Bérard* aîné, ne voyant d'autre moyen de guérison que l'excision de l'amygdale, se détermina à la pratiquer. Tout avait été préparé pour cela, l'amygdale même avait été accrochée avec la pince de *Museux;* mais les efforts de toux et les envies de vomir forcèrent de la relâcher, et de suspendre l'opération pour quelques instans. Au bout de sept ou huit minutes on saisit de nouveau l'amygdale; mais les mêmes raisons obligèrent presque aussitôt de la relâcher.

Le lendemain, on essaya encore de pratiquer l'opération; mais après avoir accroché l'amygdale à trois reprises différentes, les envies de vomir et les efforts de toux ne permirent pas encore de la continuer. Quelques jours après on voulut recommencer une troisième

fois. On constata alors une grande diminution dans le volume de la tumeur, ce qui fut attribué aux piqûres qui avaient été faites précédemment avec la pince de *Museux*. Cette fois on se borna à faire de nouvelles piqûres avec la même pince sans chercher à pratiquer l'excision. Nouvelle amélioration les jours suivans. Au bout d'une semaine, la malade sortit de l'hôpital complètement guérie. L'amygdale droite avait fini par ne plus avoir que son volume ordinaire. N'oublions pas de noter, en terminant cette observation, que *chaque fois* qu'on piqua l'amygdale il s'écoula une petite quantité de sang.

D'après un résultat si avantageux, je crois qu'on peut donner le précepte *de ne pratiquer l'excision des amygdales hypertrophiées que lorsqu'on aura essayé sans succès les piqûres larges, profondes et multipliées faites avec un instrument qui, à une de ses extrémités, présenterait cinq ou six lames pointues de trois à quatre lignes de longueur.* Rien ne serait plus facile que de disposer ces lames sur une tige mobile, de manière à pouvoir piquer l'amygdale par ses faces antérieure, postérieure et interne. On conçoit aisément quels succès on peut espérer de semblables dégorgemens locaux. Ils auraient sur l'excision le grand avantage de pouvoir constamment être opérés avec la plus grande facilité, tandis que celle-ci, presque toujours difficile, est quelquefois impossible.

§ 2.

Une hernie abdominale, sans plaie des tégumens, étant donnée, peut-on reconnaître pendant la vie si l'estomac entre dans la formation de la tumeur? On ne trouve nulle part aucun fait qui réponde par l'affirmation. Rien ne prouve que les exemples donnés par *Garangeot* et *Piplet* ne fussent plutôt des hernies de l'estomac que de l'épiploon, l'intestin grêle, le colon transverse, etc. Plus heureux que les auteurs qui m'ont précédé, je crois avoir constaté pendant la vie la présence de l'estomac dans une hernie inguinale. On pourra le voir dans le fait suivant qui, sous plus d'un rapport, me paraît mériter la publicité.

IX^e^. OBSERVATION.

Double hernie inguinale accompagnée d'éléphantiasis du scrotum. — Hernie de l'estomac, à travers l'anneau inguinal du côté droit, diagnostiquée pendant la vie.

Dans une des salles des indigens de l'hospice de Bicêtre se trouve (juillet 1830) un vieillard âgé de soixante-treize ans, dont la région scrotale a été envahie par une tumeur énorme descendant jusqu'aux genoux. Au niveau de son union avec le tronc, elle offre un rétrécissement très-marqué, et présente en avant une saillie bifurquée dont chaque branche correspondrait au trajet des canaux inguinaux. Elle a quatre-vingt-dix centimètres de circonférence à sa partie moyenne; la verge a disparu dans son épaisseur. Le méat urinaire ne se voit plus; on trouve pour l'issue de l'urine une ouverture vulviforme, verticale, de deux pouces de hauteur. Elle est formée par l'extrémité antérieure du prépuce, et située à la partie moyenne de la tumeur. Cette tumeur, sillonnée par quelques veines variqueuses, et excoriée à droite et à gauche aux endroits où elle appuie sur les cuisses, présente une coloration brunâtre interrompue inférieurement et à gauche par une cicatrice blanchâtre où le *pigmentum* a disparu. D'autres colorations, mais beaucoup moins étendues, existent au niveau de quelques pertuis folliculaires dont les diamètres ont atteint une ligne et demie. Le raphé du scrotum se trouve dévié à droite de plus de deux pouces. La peau qui recouvre la tumeur est mince en haut, et paraît tout à fait saine; on la pince avec facilité. Il n'en est pas de même inférieurement : là elle est inégale, pâteuse, et conserve un peu l'impression du doigt. Elle y présente un grand nombre de mamelons irréguliers, séparés par des espaces plus ou moins profonds. Son épaisseur et son adhérence, très-grandes en cet endroit, ne permettent pas de l'isoler des parties sous-jacentes et de la pincer entre les doigts. La mollesse que la tumeur présente à son tiers infé-

rieur, son aspect et son volume dans la même portion, permettent d'en rattacher la cause à une sorte de combinaison intime et ancienne de sérosité.

Après ce premier examen, je cherchai quelle était la nature de cette tumeur, et je fis mes efforts pour reconnaître les parties qui entraient dans sa composition. Je ne tardai pas à m'apercevoir que c'était réellement la maladie connue sous le nom d'*éléphantiasis* du scrotum; mais, comme je me rappelai que ce mal avait été désigné sous les noms de *hernie charnue*, d'*hydrocèle endémique du Malabar*, de *sarcocèle d'Egypte*, je voulus m'assurer si cette tuméfaction énorme n'était pas due à la présence de quelques-uns des viscères abdominaux, à une dégénérescence cancéreuse des testicules, ou à des épanchemens séreux dans l'épaisseur des enveloppes des organes sécréteurs du sperme. La présence de deux saillies oblongues, situées sur le trajet de chaque canal inguinal, me faisait soupçonner l'existence d'une double hernie; mais le volume du ventre, proportionné à la maigreur de l'individu, l'irréductibilité de la tumeur, élevèrent des doutes contre cette idée. J'interrogeai inutilement les digestions, et je demandai au malade des renseignemens qui ne me parurent pas assez précis pour dissiper mes incertitudes. Alors j'eus recours à la percussion médiate qui les dissipa complètement. Disons avant que je n'avais pu constater dans aucun point de la tumeur la présence des testicules, et que nulle part il n'existait ni fluctuation, ni transparence dans les parties tuméfiées.

En percutant la tumeur à sa partie antérieure et supérieure, je trouvai un son clair de chaque côté, jusques un peu au-dessous de la partie moyenne: ce son était également clair sur le trajet des canaux inguinaux et à la partie moyenne de l'abdomen; il était mat dans toute la partie inférieure de la tumeur. Je ne balançai pas alors à admettre la présence d'une portion du tube digestif dans la moitié supérieure de la tumeur. Enhardi par cette heureuse exploration, je voulus m'assurer s'il ne serait pas possible de reconnaître quelle partie du tube digestif était déplacée. Je percutai la tumeur quelques minutes après

les repas, je la percutai aussi lorsque le vieillard était à jeun. Dans le premier cas, je trouvai que le son était clair à gauche, tandis qu'il était mat dans tout le côté droit; dans le second, le son était clair des deux côtés dans les parties déjà indiquées. D'après cela j'ai conclu, après plusieurs épreuves, que la matité du son dans le côté droit de la tumeur, immédiatement après le repas, était due à la présence des alimens dans l'estomac déplacé; et le son clair, lorsque le vieillard était à jeun, à la vacuité de ce viscère. J'ai conclu en outre que la clarté constante du son du côté gauche, dans les deux épreuves indiquées, annonçait ici la présence de l'intestin; j'ai admis encore que la partie inférieure de la tumeur, où le son était constamment mat, se trouvait elle seule, à proprement parler, le siége de l'éléphantiasis des Arabes.

Les hernies de l'estomac à travers l'anneau inguinal sont tellement rares, et on en rencontre si peu d'exemples dans les auteurs, que, bien que convaincu de l'exactitude de mes conclusions, je pensai que j'aurais pu errer dans mes moyens d'exploration. Je recourus alors aux conseils et à l'amitié de mes collègues MM. *Bergeon* et *Martins*, avec lesquels je procédai à un nouvel examen. Nous prîmes le vieillard à jeun et au sortir de son lit; la tumeur, percutée par chacun de nous, nous donna un son très-clair dans les parties déjà indiquées. Nous le fîmes boire et manger sous nos yeux, et bientôt, à droite, et à l'endroit même où existait un moment avant un son très-clair, se trouvait une matité des plus marquées. Cette épreuve parut si concluante à MM. *Bergeon* et *Martins*, qu'ils n'hésitèrent plus à embrasser mon opnion, bien que, peu de temps avant, elle eût été en butte à leur critique. Plus tard, de nouveaux signes vinrent lui imprimer le cachet de la vérité. A mesure que nous faisions manger le vieillard, nous vîmes très-sensiblement la tuméfaction progressive de la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur; et de plus, en appliquant la main sur la même partie, et en faisant boire en même temps le malade, nous perçûmes très-bien le choc du liquide qui arrivait presque instantanément dans son intérieur.

Une tumeur si considérable devait nécessairement influer sur la station et sur la marche ; celle-ci est lente et difficile. Le corps, au lieu de conserver sa rectitude naturelle, se trouve courbé en avant ; les genoux sont à demi ployés, un peu écartés l'un de l'autre ; les cuisses présentent un plan incliné qui supporte le scrotum et l'empêche de ballotter dans la progression ; la pression que la tumeur exerce sur chaque cuisse a déterminé sur elles des excoriations assez étendues, et une dilatation variqueuse des veines saphènes internes.

La digestion ne présente pas de modifications remarquables ; il en est de même pour les organes de la respiration et de la circulation. La sécrétion urinaire offre quelques changemens : le vieillard éprouve souvent le besoin d'uriner, de manière qu'il est quelquefois obligé d'aller verser de l'eau plusieurs fois dans une heure ; les urines, ne pouvant être projetées, stagnent en partie dans le prépuce, suintent presque constamment sur la face antérieure de la tumeur, et y ont déterminé une ulcération linéaire dont les bords sont calleux.

J'ai cherché à me procurer quelques renseignemens sur le développement de la maladie dont je viens de donner la description ; voici ceux qui m'ont été fournis par le malade : Clément (c'est le nom du vieillard) est né en France et n'en est jamais sorti ; il a toujours exercé l'état de carrier. S'il faut en croire le vague de ses paroles, il aurait eu d'abord un *effort dans l'aine gauche* en 1814 (je conserve ses expressions), et, quelques mois plus tard, un *second effort dans l'aine droite ;* ces *efforts* seraient survenus en soulevant de pesans fardeaux ; ne se trouvant contenus par aucun bandage, ils auraient pris un accroissement rapide. En 1820, Clément, dont le scrotum avait déjà acquis un volume quadruple, se blessa, avec un éclat de bois, à l'endroit même de la tumeur, où existe aujourd'hui une cicatrice. Cette blessure fut longue à guérir ; mais aussitôt qu'elle fut fermée, il reprit ses travaux, qu'il fut obligé d'interrompre à plusieurs reprises, pour entrer dans les hôpitaux, où il ne trouva aucun remède contre son mal. En 1827, forcé par le besoin, il se remit au travail avec énergie, sans faire usage d'aucun bandage. La tumeur ne se

trouvant pas soutenue, et venant à chaque instant exercer des frottemens sur les cuisses, augmenta dès-lors plus sensiblement de volume, devint mamelonnée à sa partie inférieure, et finit par acquérir les diamètres, la forme et l'aspect qu'elle a maintenant.

Les signes physiques sont tellement tranchés dans cette observation, qu'on ne saurait douter que l'estomac ne fût descendu en partie dans la tumeur. Je ne crois pas que l'autopsie vienne prouver la fausseté d'un diagnostic qui me paraît assis sur des bases aussi solides. Je désire bien ardemment que le médecin qui sera par la suite à même de la faire ne néglige pas l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

Le moyen qui a le plus contribué à me guider dans un diagnostic si embarrassant, c'est la percussion médiate. Quand j'ai parlé de celle-ci, je n'ai point nommé le *plessimètre*. Cet instrument ne me paraît point mériter les éloges que quelques auteurs lui donnent; le son qu'il fournit lui-même vient modifier celui de l'organe qu'on explore, et peut, par là, induire en erreur. Je crois qu'on doit ranger le plessimètre au rang des instrumens inutiles. Qu'est-il, en effet, besoin pour un médecin de porter toujours dans sa poche une plaque d'ivoire ou de toute autre nature, lorsqu'il peut la remplacer si avantageusement au moyen du doigt? Celui-ci se moule avec plus de facilité sur les saillies et les enfoncemens des organes, et a l'avantage de transmettre le son bien plus fidèlement.

§ 3.

Il est des cas où le chirurgien, abandonné aux seules règles de son génie, ne se trouve pas peu embarrassé : que conviendrait-il de faire, si un fait, présentant quelque analogie avec celui qui va suivre, venait à s'offrir ?

X^e. OBSERVATION.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — Plaies nombreuses d'une anse intestinale herniée. —Nouveau procédé opératoire pour quelques cas de plaies des intestins.

Un assassin, après avoir porté trois coups de stylet sur M. C***, maire de Charonne, reçoit un coup de sabre à la partie latérale et inférieure gauche de l'abdomen, et tombe bientôt baigné dans son sang. Trois heures après environ, il est conduit à l'hôpital Saint-Antoine (mars 1831). La plaie, de trois pouces et demi de longueur, était située en dehors du canal inguinal gauche, dont elle suivait assez bien la direction; elle commençait un pouce et demi environ au-dessus de l'arcade crurale, et s'étendait sur la cuisse; cette plaie livrait passage supérieurement à une portion de l'intestin grêle, de deux pieds environ de longueur. Sur cette anse intestinale on comptait dix plaies de huit à neuf lignes de longueur, correspondant deux à deux, de manière qu'on pouvait voir facilement qu'elles avaient été produites par un instrument piquant qui avait perforé successivement les parois de l'intestin, après les avoir adossées. Quatre de ces plaies étaient si rapprochées, qu'elles étaient comprises dans un espace de moins de deux pouces et demi d'étendue; on voyait en outre une portion d'intestin, de dix-huit lignes de hauteur, séparée par deux sections transversales, et ne tenant plus en arrière que par un pédicule membraneux. Les deux bouts de l'intestin correspondant à ceux de la portion retranchée se comportaient différemment; l'un de ces bouts paraissait au dehors, et l'autre, caché au dedans, se déroba à toutes les investigations. Celui qu'on voyait en dehors était-il le bout supérieur ou l'inférieur? Il fut impossible de s'en assurer. La portion d'intestin herniée avait contracté une couleur rouge foncée parsemée d'arborisations; les bords des plaies étaient renversés en dehors, et le sang n'en coulait plus. Les extrémités des membres commençaient à être froides; le pouls était extrêmement petit

et presque insensible. M. *Bérard* aîné arriva, et essaya inutilement, à l'aide de tractions dirigées méthodiquement sur le mésentère, de se rendre maître du bout de l'intestin qui était caché ; il trouva le blessé dans un état si désespéré, qu'il se contenta de faire appliquer sur la plaie des compresses imbibées d'eau de guimauve. La mort arriva deux heures après.

On trouva, *à l'autopsie*, un litre de sang dans la *cavité du péritoine;* l'*artère circonflexe iliaque* était coupée en travers ; l'*artère iliaque externe* était à peine distante d'une ligne du bord interne de la plaie. On ne vit d'autres blessures de l'*intestin* que celles qui avaient été comptées pendant la vie; elles siégeaient à l'union des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin avec le cinquième inférieur. Le *bout d'intestin* qu'on voyait au dehors était celui de la portion inférieure du tube digestif; l'*autre bout*, que nous n'avions pu trouver la veille, appartenait à la portion supérieure, et siégeait tout près de l'orifice interne de la plaie, dont l'étendue était de quinze lignes environ. Il eût été facile de trouver ce dernier bout, en prolongeant un peu en haut la plaie de la paroi abdominale, et en suivant ensuite avec les doigts le trajet du mésentère.

Qui ne sent tout ce qu'un cas semblable présentait de difficultés? Je suppose qu'un chirurgien eût été appelé à temps, quel procédé opératoire eût-il dû suivre? quelle conduite eût-il dû tenir? Il était impossible de recourir à la suture ; les plaies, pour cela, étaient trop étendues, trop rapprochées et trop multipliées. Réduire les intestins ainsi blessés eût été on ne peut plus dangereux; les laisser au dehors sans se rendre maître du bout de l'intestin qui était resté dans la cavité abdominale, c'était exposer le blessé à périr d'une entéro-péritonite ou des suites d'un épanchement de matières alimentaires. On devait, selon moi, procéder d'abord à la recherche du bout de l'intestin qu'on avait perdu ; pour cela il fallait agrandir la plaie à sa partie supérieure, et eût-on dû la prolonger de trois pouces, ce moyen m'eût paru plus sage que de laisser le blessé dans l'état où il était.

C'était le cas ou jamais de se conformer à ce précepte : *ad extremos morbos extrema remedia.* Il n'est pas douteux qu'en se conduisant ainsi on n'eût trouvé le bout de l'intestin qui était à l'orifice interne de la plaie.

Ce bout une fois trouvé, il eût fallu examiner avec soin toute l'anse d'intestin herniée et pratiquer immédiatement au-dessus de la plaie la plus éloignée du bout en question une incision transversale qui eût intéressé toute l'épaisseur des parois de l'intestin, et qu'on eût terminée au bord antérieur du mésentère. Par ce moyen, toute la portion d'intestin blessée se serait trouvée isolée du reste du tube digestif, et comprise entre deux bout d'intestins qu'il eût été facile de rapprocher et de traiter par les procédés mis en usage lorsque l'intestin est coupé transversalement. De cette manière, la portion intestinale où siégeaient les blessures ne devant plus être traversée par les matières alimentaires, aurait été réduite sans crainte d'accidens, après avoir été lavée et débarassée, par de légères pressions, des matières qu'elle pouvait contenir.

Pour résumer la conduite qui me paraîtrait la plus avantageuse dans les plaies des intestins qui auraient de l'analogie avec le cas précédemment rapporté, je me bornerai à dire :

A. *Lorsqu'une anse d'intestin herniée offre des plaies trop nombreuses, trop étendues, trop rapprochées ou tellement situées qu'on ne puisse recourir à la suture, et que d'ailleurs le blessé se trouve dans les conditions où une opération peut réussir, on doit : 1°. comprendre la portion d'intestin blessée entre deux incisions transversales qui intéressent toute l'épaisseur de l'organe, et s'arrêtent au bord antérieur du mésentère ; 2°. laver cette portion isolée, la débarrasser par de légères pressions des matières qu'elle pourrait contenir, et la réduire ; 3°. rapprocher les deux bouts d'intestin qui restent, et se conduire alors comme on le fait lorsqu'une anse intestinale est coupée transversalement.*

B. *Si la portion d'intestin formant hernie présente, outre les plaies nombreuses et rapprochées, une section complète de l'organe, et qu'un des*

bouts soit resté caché, on doit, si l'on n'a pas certitude que le bout qui est au dehors est le supérieur, 1°. procéder à la recherche de l'autre avec toute la hardiesse qui peut s'allier à la prudence ; 2°. lorsqu'on l'aura trouvé, ramener l'opération au cas précédent.

C. *Supposons qu'un individu, quelque temps après avoir mangé, reçoive un coup de couteau dans une des régions abdominales, et qu'il sorte par la plaie une portion d'intestin tout à fait semblable à celle de l'observation* X ; *supposons, en outre, qu'on parvienne à avoir la certitude que le bout de l'intestin qu'on voit dans la plaie est le bout supérieur, il faudrait alors : 1°. s'abstenir de chercher l'autre bout ; 2°. achever d'isoler, au moyen d'une section, la portion d'intestin blessée, et la réduire ; 3°. établir ensuite un anus contre nature.*

Je n'ignore pas que ces divers procédés ne sont pas sans objection ; mais définitivement je ne crois pas qu'il en existe de meilleurs, et je regrette bien que la nature de ce travail ne me permette pas de leur consacrer plus d'étendue et d'exposer les raisons nombreuses qui militent en leur faveur.

§ 4.

Le plâtre calciné et pulvérisé peut-il donner lieu à l'empoisonnement lorsqu'il a été introduit dans les voies digestives? La plupart des médecins légistes paraissent s'accorder pour lui refuser cette propriété. Le fait suivant me paraît, sous quelques rapports, infirmer leur manière de voir.

XI°. OBSERVATION.

Épilepsie. — Empoisonnement par le plâtre à construction ??? — Mort quatre jours après. — Tumeur encéphaloïde dans un des lobes du cerveau. — Destruction d'une partie de l'œsophage, du médiastin postérieur, de la plèvre, etc. — Large perforation de l'estomac.

Un journalier, d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin, d'une complexion athlétique, était parvenu, avec beaucoup de peines et d'économies, à amasser une somme de trois mille francs,

son unique avoir. Un ami chez lequel il l'avait placée la lui fit perdre tout à coup. Dès-lors Crespouls (c'était le nom du journalier), tourmenté par le chagrin, commença à éprouver de violens maux de tête, et ne tarda pas à devenir épileptique. Il était alors dans sa vingt-sixième année. Entré à l'hospice de Bicêtre le 7 novembre 1827, deux ans après la première attaque, il fut soumis avec persévérance à un traitement approprié, et qui ne produisit aucun effet favorable. Après onze mois de soins assidus, on le fit passer dans la section des épileptiques incurables.

Ce jeune homme, en proie par momens à de violentes céphalalgies dont il ne précisa jamais le siége, n'offrait rien de remarquable sous le rapport de la sensibilité générale et de la myotilité. Les attaques ne revenaient jamais à des périodes fixes, elles restaient rarement plus de quinze jours sans survenir; parfois elles étaient si fréquentes, que le malade passait des journées entières dans un état convulsif très-alarmant. Chaque fois qu'elles survenaient, le bras droit était fortement fléchi et contracturé, la commissure gauche de la bouche et l'angle externe de l'œil du même côté se trouvaient déviés à gauche. Ces attaques laissaient quelquefois après elles un désordre très-prononcé des fonctions de l'intelligence; alors Crespouls montrait quelque penchant pour le suicide, et se jetait dans des accès de fureur tels, que dix infirmiers auraient eu peine à le contenir. Ses facultés intellectuelles avaient été notablement affaiblies; sa face offrait un caractère de stupeur et de découragement. On ne nota rien de remarquable du côté des organes des sens.

Le 15 juin 1830, il est pris trois ou quatre fois dans la journée par ses attaques d'épilepsie; elles se renouvellent avec plus de fréquence la nuit et le lendemain. Ce jour-là, des maçons, réparant par hasard la chambre dans laquelle il se trouvait, avaient placé dans l'un des coins un tas de plâtre pulvérisé et passé au tamis. Crespouls, à la suite de violentes attaques, se trouvant tout hébété et ne sachant ce qu'il faisait, se jette sur le plâtre et en porte à sa bouche, à quatre ou cinq reprises différentes, une quantité qu'on ne peut déterminer. La nuit

suivante, les attaques apparurent avec encore plus de fréquence et d'intensité.

Le 17 au matin, il fut conduit dans les salles de l'infirmerie dans l'état suivant : face livide et annonçant une prostration extrême; bouche couverte d'écume; paupières immobiles, entr'ouvertes, recouvrant à moitié le globe de l'œil; pupilles très-dilatées et peu sensibles à la lumière; tendance à l'immobilité et au sommeil; perte presque complète de connaissance. Il ne parlait plus; sa langue était rouge sur les bords et recouverte à son milieu d'un enduit muqueux blanchâtre. Pas de sensibilité à l'épigastre, pas de vomissemens, pas de dévoiement; la sensibilité générale était obtuse; le pouls plein et fréquent. (*Tisane de veau, saignée de* ℥ xvi, *diète.*) Les attaques ne deviennent ni moins fortes, ni moins fréquentes dans la journée; le soir, on fut obligé, pour l'empêcher de tomber à terre, de le fixer sur son lit avec un gilet de force. La nuit ne fut en quelque sorte qu'une succession continuelle d'attaques, tant elles se reproduisaient avec rapidité. Le 18, progression croissante des symptômes; contractures des membres, insensibilité, respiration courte; inspirations très-éloignées; pouls fréquent et petit. (*Tisane de veau, lavement avec assa-fœtida*, 3 ij, *vésicatoires aux jambes, diète.*) Attaques de plus en plus fréquentes. Mort le lendemain matin à sept heures.

Pendant les derniers momens, le malade n'ayant rendu aucun crachat pneumonique et n'ayant présenté rien de particulier du côté des organes de la respiration, on ne songea qu'à l'affection du cerveau, et et on oublia de percuter et d'ausculter le thorax.

Autopsie vingt-trois heures après la mort. Ce ne fut qu'alors qu'on vint nous apprendre que Crespouls avait avalé du plâtre à construction dans la journée du 16.

Le cadavre était roide; la chaleur se conservait encore; des vergetures et de larges colorations bleuâtres existaient sur les membres abdominaux et à la partie postérieure du tronc.

Crâne. Les tégumens du crâne sont injectés; les *sinus de la dure-mère et les vaisseaux sanguins encéphaliques* renferment beaucoup de

sang; pas d'altérations des *membranes;* elles n'offrent point d'adhérences anormales avec la couche corticale. A la partie postérieure de la base de l'hémisphère gauche du *cerveau* se voyait un ramollissement jaunâtre peu étendu. Une incision longitudinale, pratiquée d'avant en arrière et au centre de cette altération, nous laissa voir, au milieu de la substance blanche, une lésion organique dont la hauteur était de quinze lignes environ, et le diamètre antéro-postérieur de deux pouces. Cette lésion consistait en une sorte de détritus, placé autour d'un noyau plus ferme, de la grosseur d'une petite noix; elle présentait plusieurs nuances différentes, parmi lesquelles la couleur lie de vin dominait. Au milieu de cette dégénérescence se trouvaient trois petits kystes dont le plus volumineux avait six lignes de diamètre; ils renfermaient un liquide jaunâtre et oléagineux. M. *Cruveilhier*, à qui la pièce anatomique fut envoyée, regarda cette altération comme appartenant à la *dégénérescence encéphaloïde.* Autour de cette dégénérescence, la pulpe cérébrale reprenait d'une manière assez brusque ses caractères normaux; tout le reste de la *substance crânienne encéphalique* était ferme et congestionné; de petites granulations blanchâtres existaient à la surface du troisième et du quatrième ventricule. Le *canal vertébral* ne fut pas ouvert.

La *portion susternale des organes digestifs* ne nous présenta pas d'altérations bien distinctes.

Thorax. Deux onces de sérosité environ existaient dans le *péricarde.* Le *cœur*, ferme et d'un gros volume, contenait de gros caillots fibrineux et beaucoup de sang. L'un et l'autre *poumon* offrait une teinte bleuâtre foncée. Au milieu d'un engouement pneumonique qui siégeait dans presque toute leur épaisseur se trouvaient plusieurs noyaux très-étendus d'hépatisation rouge. Les *bronches* avaient contracté une couleur rougeâtre, et étaient recouvertes d'un mucus épais et filant. La *plèvre gauche* était le siége, à sa partie postérieure, de nombreuses adhérences avec le poumon : ces adhérences avaient lieu au moyen de fausses membranes récentes, ressemblant beaucoup par leur couleur et leur disposition à de larges caillots de sang noir. La portion

de cette membrane séreuse qui tapisse la partie interne et postérieure du poumon gauche était corrodée et détruite dans une étendue de cinq pouces de hauteur sur trois de largeur. Le parenchyme pulmonaire, mis à nu, était hépatisé. Outre cette destruction, la plèvre gauche présentait, à l'endroit où elle se réfléchit pour former le *médiastin postérieur*, une large ouverture livrant passage à des matières alimentaires. Tous les organes renfermés dans le médiastin postérieur étaient disséqués en quelque sorte, et baignés dans un liquide grisâtre, dont une partie avait passé dans la plèvre gauche. Le tissu cellulaire de ce médiastin était détruit, et présentait en plusieurs points, non pas des plaques rouges, mais des surfaces noirâtres et comme gangrénées. En examinant les différens organes logés dans son écartement, nous vîmes, depuis la surface convexe du diaphragme jusqu'à cinq pouces au-dessus, une destruction très-étendue de l'*œsophage*. Les parois antérieure et latérale gauche de ce viscère avaient disparu. A leur place existait une large ouverture, à bords noirâtres et très-irréguliers, qui devait livrer passage aux matières alimentaires avant leur arrivée dans l'estomac. Sur les autres points de la partie inférieure de l'œsophage, on voyait en quelques endroits la membrane muqueuse détruite seule, ou concurremment avec la tunique musculeuse. Il existait d'espace en espace des plaques rouges et des ramifications sanguines ; mais la couleur grisâtre des tissus dominait presque partout.

Abdomen. A la partie latérale gauche de l'*estomac*, au niveau du grand cul-de-sac, siégeait une large ouverture, où l'on pouvait aisément passer les deux poings. Les bords de cette perforation étaient très-minces, et formés presque par le péritoine seul. Le tiers supérieur de la face interne de l'estomac, et plus particulièrement sa partie latérale gauche, présentait une destruction plus ou moins complète de la muqueuse, quelquefois même de la couche musculeuse. On voyait un grand nombre d'arborisations très-courtes, s'élevant du milieu d'une surface inégale et colorée en jaune-rouille. Vers la réunion du tiers supérieur de l'estomac avec le tiers moyen, les altérations précédentes disparaissaient d'une manière assez brusque, de sorte que non loin

de là toutes les membranes de ce viscère étaient intactes ; elles présentaient seulement une teinte grisâtre peu foncée, et se trouvaient recouvertes d'un enduit muqueux très-épais et très-abondant. Deux onces environ d'un liquide ardoisé, au milieu duquel on distinguait quelques petits fragmens calcaires, étaient encore renfermées dans l'estomac. Une quantité presque égale du même liquide s'était échappée par la perforation du grand cul-de-sac, et avait été versée dans l'hypochondre gauche, où le péritoine offrait peu de lésions bien distinctes. Le *duodénum* et presque tout l'*intestin grêle* ne présentaient aucune trace d'inflammation : ils étaient distendus par des gaz, et renfermaient un liquide jaune-verdâtre, où l'on apercevait quelques petits fragmens calcaires contenus en bien plus grand nombre dans la dernière portion de l'intestin grêle. Là les membranes muqueuse et musculeuse offraient une destruction partielle et une coloration semblable à celle de l'estomac. Enfin, dans la portion la plus basse des gros intestins, au niveau du *colon iliaque*, se voyaient encore des destructions partielles ou simultanées des tuniques interne et moyenne, avec des ramifications rouges très-prononcées. Le *foie*, la *rate* et les *reins* contenaient beaucoup de sang, ainsi que tous les vaisseaux de l'abdomen. La *vessie* était distendue par vingt onces d'urine ; sa membrane interne présentait en quelques endroits des plaques rouges foncées.

Je fis cette autopsie conjointement avec M. le docteur *Lélut* et mon collègue M. *Bergeon*. Je rendis la Société anatomique témoin des principales altérations que je lui présentai dans une de ses séances.

Sans nous arrêter sur la lésion remarquable de l'encéphale et la part qu'elle a dû avoir dans la production de l'épilepsie, bornons-nous à quelques réflexions sur les ravages déterminés probablement par le plâtre.

Pour peu qu'on réfléchisse sur les altérations pathologiques des viscères thoraciques et abdominaux, et qu'on les compare aux symptômes observés pendant la vie, on n'est pas peu frappé de leur dé-

faut de rapport. On s'étonne qu'une perforation si considérable de l'estomac, une destruction si étendue de l'œsophage et des organes environnans, une inflammation si profonde et si évidente du parenchyme pulmonaire, ne se soient pas dessinées pendant la vie avec les symptômes qui leur sont propres, ou du moins n'aient pas laissé entrevoir quelques indices de leur existence. Si nous en recherchons la cause, nous nous expliquerons pourquoi le cerveau de Crespouls, se trouvant sous l'influence d'une congestion cérébrale forte et permanente, ne devait plus percevoir les souffrances des autres organes, et par conséquent permettre leur manifestation.

Considérons maintenant les altérations profondes de l'estomac, de l'œsophage, du médiastin postérieur, de la plèvre et du poumon gauche. Pourrait-on dire qu'elles n'étaient pas un effet de l'introduction du plâtre dans les voies digestives? Vainement on invoquerait les recherches de M. *Carswell* sur le ramollissement et les perforations de l'estomac par le suc gastrique; il ne faut qu'un peu d'attention pour voir que dans le cas précédent il ne pouvait pas en être ainsi. C'est encore en vain qu'on voudrait considérer ces lésions comme survenues spontanément; pourrait-on en citer un seul exemple semblable? Si, après cela, on objectait encore qu'il pourrait se faire que ces lésions fussent l'effet d'une substance autre que ce plâtre que Crespouls aurait avalé clandestinement, je répondrais que la réclusion et la position de cet infortuné rendaient ce dernier cas à peu près moralement impossible.

Si nous n'avons pas ici la certitude entière que Crespouls a été empoisonné par le plâtre, admettons au moins qu'il est extrêmement probable qu'il en a été ainsi.

Je me proposais de me livrer, à ce sujet, à une série d'expériences sur les animaux pour déterminer les effets du plâtre sur l'économie, et éclairer les questions que cette observation a soulevées; mais les circonstances où je me suis trouvé placé ne m'ayant point permis de me livrer à ce genre de travail, je suis forcé de l'ajourner à un autre temps.

§ 5.

Parmi les nombreuses lésions dont les viscères abdominaux peuvent devenir le siége, la rupture de la rate est une de celles qui ont été le moins étudiées. Les ruptures traumatiques de cet organe ne sont pas toujours l'effet d'une cause qui a agi directement sur la région splénique. Plusieurs observations que j'ai recueillies m'ont démontré qu'elles avaient souvent lieu à la suite d'une chute sur la tête. J'ai trouvé la rate déchirée et des épanchemens de sang dans l'abdomen, chez des individus qui avaient eu le crâne fracturé. J'ai remarqué les mêmes effets chez deux infortunés qui se précipitèrent, la tête la première, dans le puits de Bicêtre.

Lorsque la rupture de la rate est spontanée (*apoplexie de la rate* de M. *Cruveilhier*), il arrive quelquefois que le sang soulève la membrane cellulo-fibreuse, la décolle au loin, et se forme entre elle et le parenchyme splénique une vaste poche où il s'épanche en plus ou moins grande quantité, pour passer ensuite dans la cavité abdominale, lorsque son accumulation trop grande finit par rompre la cohésion de la paroi membraneuse. J'ai présenté, en 1830, un fait de ce genre à la Société anatomique, qui l'a mentionné dans ses bulletins. Cette particularité n'avait point encore été notée.

§ 6.

Le tissu cellulaire qui environne le canal cholédoque et les vaisseaux spléniques, venant à s'enflammer, peut, lorsque la tuméfaction devient considérable, apporter obstacle au cours de la bile et du sang veineux, et déterminer par là l'ictère et l'ascite. Tel est le cas que j'ai consigné dans la Revue médicale, mai 1831.

ARTICLE IV.

Maladies des voies urinaires.

§ 1^er^.

Il survient quelquefois, lorsque la vessie est distendue par une grande quantité d'urine, un œdème des extrémités pelviennes, dont la cause peut s'expliquer facilement par la compression que doivent éprouver les veines iliaques et la veine-cave inférieure. Quand cette infiltration séreuse survient, la rétention d'urine est souvent très-difficile à reconnaître, et peut être confondue avec une hydropisie ascite. *Frank* a cité un exemple de cette méprise; on en trouve un autre dans une thèse soutenue à Upsal, en 1777, sous la présidence de *Murray*. Ayant eu occasion d'observer un fait de ce genre, je saisis cette occasion pour le rapporter. Il ne saurait manquer en même temps de se montrer plein d'intérêt sous un autre rapport.

XII^e^. OBSERVATION.

Manie chronique. — Paralysie générale. — Rétention d'urine accompagnée de l'œdème des extrémités pelviennes. — Mort. — Fausses membranes jaunâtres dans les cavités cérébrale et rachidienne de l'arachnoïde. — Coloration rouge de la substance grise de l'encéphale.

M. G. de S^t^.-G^***^, né avec un caractère vif et enjoué, une sensibilité très-grande, et un penchant presque irrésistible vers le sexe, arrive à l'âge de quarante-trois ans sans avoir donné aucun signe de folie. L'année suivante, le mauvais état de ses affaires domestiques, occasioné par tous les excès d'une débauche immodérée, entraîne avec lui le dérangement de l'intelligence. Cet homme devient triste, taciturne, d'une humeur inégale, et montre de l'incohérence dans ses idées. Bientôt les hallucinations éclatent, et on le conduit à l'hos-

pice de Bicêtre le 12 juillet 1829, onze mois après le début de l'aliénation mentale. Il était alors dans un état de démence presque voisin de l'idiotisme. La parole était lente et embarrassée, et la marche difficile et chancelante. Parfois il présentait des mouvemens convulsifs des membres. La sensibilité était très-obtuse, les idées incohérentes et tournées vers des objets de sensualité. Quelquefois la démence paraissait faire place à des accès de manie aiguë, et alors il y avait exagération de tous les symptômes. Au bout de sept mois de traitement, cet infortuné fut conduit dans la section des aliénés incurables. Il ne pouvait plus, à cette époque, retenir ses excrémens, et ses habits étaient sans cesse salis par l'urine et les matières fécales. On avait remarqué que depuis qu'il était en réclusion il se livrait avec fureur à l'onanisme, quelque moyen qu'on prît pour l'en empêcher.

Le 16 février 1830, M. G. de S^{t}.-G*** est apporté à l'infirmerie avec un œdème considérable du scrotum et des extrémités pelviennes. Il existait en même temps une tuméfaction très-grande du ventre, qui ne paraissait pas douloureux à la pression. La fluctuation était très-distincte. Son mat sur toute la surface de l'abdomen ; mouvemens du cœur tumultueux ; pouls naturel. (*Petit-lait nitré, teint. de digitale, 20 goutt. Soupe, quart.*)

L'état du malade étant à peu près le même le 17, on fit la même prescription.

Le 18, M. *Ferrus* fut frappé de la tuméfaction toujours croissante du ventre, et des progrès de l'œdème. La chemise du malade était mouillée par de l'urine ; mais comme on savait qu'il ne pouvait depuis long-temps retenir ses excrémens, on ajouta peu d'importance à ce signe ; cependant ayant conçu, dans la journée, quelques doutes sur la nature de la maladie, je pratiquai le cathétérisme, et retirai, à ma grande surprise, environ cinq litres d'urine. On continua à sonder le malade : au bout de soixante heures, la tuméfaction du ventre, l'œdème du scrotum et des membres abdominaux, avaient presque complètement disparu. Vingt-six jours après, le malade périt des suites de

plusieurs larges escharres, qui se développèrent sur les régions sacrée et trochantérienne. Il n'avait rien présenté de particulier relativement à sa manie.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort. Poumons présentant à leur surface de larges plaques emphysémateuses et en arrière une coloration bleuâtre ; arborisations sur la *muqueuse intestinale ; foie* ramolli et d'une couleur brune, verdâtre ; *rate idem.* La *veine-cave inférieure* présentait en dehors et à droite une tache jaune foncée ; les *veines iliaques* et *hypogastriques* contenaient quelques caillots fébrineux adhérant faiblement à leurs parois ; la muqueuse des *voies urinaires* offrait dans toute son étendue des traces très-évidentes d'inflammation. Elle était recouverte de larges exsudations membraneuses d'une teinte jaunâtre. La *vessie* était revenue sur elle-même ; ses parois avaient plus de deux lignes d'épaisseur, et offraient une structure assez analogue à celle de l'utérus. Larges escharres au sacrum et aux trochanters, s'étendant très-profondément, et exhalant une odeur infecte. Je passe rapidement sur toutes ces altérations pour ne m'occuper que de celle de l'encéphale.

Examen de l'encéphale. Crâne peu développé en avant ; front peu large et peu élevé ; fosses occipitales inférieures très-développées ; diamètre antéro-postérieur du crâne, sept pouces ; diamètre transversal, cinq pouces un quart ; épaisseur très-remarquable des parois osseuses de la voûte : cette épaisseur est de cinq lignes au niveau des bosses temporales. Lorsque la dure-mère et l'arachnoïde eurent été incisées, il s'échappa une petite quantité de sérosité légèrement troublée, et colorée en jaune. Entre les deux feuillets de l'arachnoïde se voyaient de petits prolongemens filamenteux et des fausses membranes, dont quelques-unes avaient six lignes de diamètre et une demi-ligne d'épaisseur. Ces prolongemens et ces fausses membranes avaient contracté des adhérences avec les parties voisines ; leur couleur était jaune et leur résistance assez forte. On les voyait en plus grand nombre sur les parties latérales et la base du cerveau. L'arachnoïde paraissait manifestement épaissie en quelques points, et

offrait d'espace en espace de petites plaques blanchâtres. En quelques endroits cette membrane présentait une teinte de rouille qui ne disparaissait pas par le lavage. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré. En quelques points il existait quelques adhérences des membranes avec la substance corticale, et principalement à la base des lobes antérieurs du cerveau. Les *sinus de la dure-mère* et les vaisseaux de *la pie-mère* ne renfermaient que peu de sang.

Les anfractuosités et les circonvolutions du *cerveau* étant peu développées, quelques-unes de ces dernières paraissaient comme atrophiées. La *substance corticale* était beaucoup plus ferme et plus résistante que dans l'état normal. Au lieu de cette teinte de café au lait très-clair qu'elle a dans l'état sain, elle présentait presque partout une couleur rouge vermeil, qui était beaucoup plus prononcée sur les lobes antérieurs et la surface convexe des hémisphères. Cette coloration se faisait remarquer en même temps sur le *corps strié* et la *couche optique*. Nulle part elle n'était plus foncée que sur le plancher du *troisième ventricule*. La substance blanche était ferme, et ne présentait rien de notable. Quatre onces de sérosité s'échappèrent à l'ouverture *des ventricules latéraux*. Les *plexus choroïdes* offraient de chaque côté sept à huit petites poches hydatiformes, qui leur donnaient la forme de deux grappes de raisin. Ces petites poches contenaient une sérosité limpide; la plus volumineuse n'avait pas plus de trois lignes de diamètre. Le *cervelet* était très-développé; sa substance grise présentait la même coloration que celle du cerveau. On retrouvait encore la teinte rouge vermeil dans la *protubérance* annulaire et *le bulbe rachidien*. Elle disparaissait à la partie supérieure des cordons de substance grise de *la moelle épinière*, qui pour le reste nous a paru saine. Dans la *cavité rachidienne de l'arachnoïde*, on trouvait supérieurement de petits prolongemens filiformes et des fausses membranes jaunâtres, semblables à ceux que nous avons décrits précédemment.

Si j'ai consacré quelques détails à l'état de l'encéphale, c'est parce qu'il peut fournir un nouvel argument au système du docteur *Gall*,

et qu'il vient confirmer les recherches de MM. *Delaye*, *Foville* et *Pinel-Grandchamp* sur les altérations de la substance grise.

§ 2.

Ce n'est que très-rarement qu'on voit des acéphalocystes sortir par le canal de l'urètre. A peine en trouve-t-on quelques exemples épars dans des milliers d'auteurs. Lorsque ce cas vient s'offrir, et qu'il n'existe aucune tumeur à la périphérie de l'abdomen, il est bien difficile de reconnaître leur point de départ. Peut-être pourrait-on alors puiser des élémens précieux de diagnostic dans les effets des boissons diurétiques ?

XIII^e. OBSERVATION.

Acéphalocystes rendues par le canal de l'urètre en très-grande quantité.

Le 25 juin 1831, M. *Bérard* reçut, dans ses salles de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, un homme de quarante ans environ, qui se plaignait de rendre en urinant de *petites poches* demi-transparentes, et qui n'étaient autre chose que de véritables acéphalocystes. Elles s'étaient développées sans cause apparente, et leur première expulsion, qui remontait à trois ans, avait été précédée plusieurs mois d'avance par des douleurs assez vives dans la région lombaire gauche. L'expulsion de ces acéphalocystes n'arrivait qu'à des époques variées, et dépassant rarement un mois. Tantôt elles ne se présentaient qu'en très-petit nombre, d'autres fois par douzaines. Les plus petites n'avaient pas moins de trois lignes de diamètre, tandis que les plus grosses avaient le volume d'un œuf de pigeon. Ces dernières étaient presque toujours rompues lorsqu'elles sortaient par le méat urinaire ; cependant il arrivait quelquefois qu'elles n'étaient qu'allongées en forme de boudins ; alors leur expulsion nécessitait des contractions énergiques des muscles de l'abdomen. Jamais elles ne donnèrent lieu à une rétention d'urine. Le plus souvent le malade était averti de l'issue prochaine des acéphalocystes par des douleurs dans

la région lombaire gauche. Il n'existait aucune tumeur à la périphérie de l'abdomen.

Pendant une quinzaine de jours que cet homme séjourna à l'hôpital Saint-Antoine, nous constatâmes qu'il ne nous avait pas trompés, et nous le vîmes à plusieurs reprises rendre des acéphalocystes en urinant. J'eus soin d'en recueillir quelques-unes, que je présentai à la Société anatomique, et dont il est fait mention dans ses bulletins. Une particularité bien remarquable, et que je ne dois point omettre, c'est que toutes les fois que le malade prenait du vin blanc, des boissons nitrées, en un mot, des diurétiques, il amenait avec les urines une quantité beaucoup plus grande d'acéphalocystes. Pour en obtenir la conviction, M. *Bérard* lui fit prendre à deux reprises différentes de la tisane de chiendent avec vingt grains de nitrate de potasse par pot. L'effet désiré ne tarda pas à se reproduire.

ARTICLE V.

Maladies de la peau.

§ 1^er^.

Dans l'éléphantiasis des Arabes, les os et les nerfs peuvent se trouver consécutivement altérés. Quelque opposées que soient à ce sujet les assertions de presque tous ceux qui ont écrit sur cette maladie, on ne saurait plus en douter, après les exemples remarquables que j'ai publiés. (Voy. *Revue médicale*, octobre 1830.)

§ 2.

Parmi tous les auteurs qui ont publié des travaux sur la gale, peu d'entre eux ont convenablement signalé, en parlant de son diagnostic, certaines éruptions vésiculeuses que les prisonniers se font venir sur le ventre et entre les doigts, afin de se soustraire aux travaux qu'on leur impose. Ces malheureux, à l'aide d'aiguilles très-fines, dont ils chauffent l'extrémité, ou qu'ils ont préalablement frottées sur le

tartre qui recouvre les dents, se piquent aux endroits où la gale se développe, et se bornent à soulever l'épiderme. Vingt-quatre heures après, on voit à la place des piqûres de petites vésicules légèrement rosées, qui ont tout à fait l'aspect de celles de la gale. Ce n'est souvent qu'avec la plus grande attention qu'on peut se préserver de l'erreur. On l'évitera presque toujours en se guidant sur les remarques suivantes : 1°. on n'observe guère ces éruptions vésiculaires artificielles qu'entre les doigts, sur le ventre et sur les cuisses, mais presque jamais au creux de l'aisselle et du jarret, parce qu'il est plus difficile de se piquer dans ces régions avec les précautions convenables. 2°. Ces éruptions ont presque toujours un aspect étudié qui n'est pas celui de la gale. 3°. Au milieu des vésicules, on voit, en examinant de près, de petits points noirâtres produits par un peu de sang qui s'est écoulé, parce que la pointe de l'aiguille a intéressé le derme. 4°. Ces petits points noirâtres ne sauraient être confondus avec ceux que présentent les vésicules de la gale qui ont été déchirées par les ongles; ils ne siégent pas, comme ces dernières, sur une peau rugueuse, et dont la surface porte des traces d'égratignures.

De toutes les maladies qui affligent nos organes, il n'en est pas de moins bien connue que le *scorbut*; à peine sait-on même ce que l'on doit entendre par ce mot. Ayant eu occasion d'étudier les hémorrhagies cutanées, et d'en observer un assez grand nombre d'exemples, je vais en faire le sujet de quelques propositions, à l'appui desquelles j'éprouve tout le regret de ne pouvoir joindre les faits que j'ai recueillis.

1°. Pour éviter désormais toute confusion, on devrait rayer le mot *scorbut* des cadres nosologiques, ou bien donner à ce mot une autre signification que celle qu'il a. *Je proposerais d'entendre, et j'entends par scorbut, toutes les hémorrhagies non traumatiques de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, accompagnées ou non de l'hémorrhagie d'un plus ou moins grand nombre de tissus de l'économie.* Ce serait là le genre.

2°. Dans la classification des espèces se trouveraient un scorbut *inflammatoire, non inflammatoire, aigu, chronique, simple, compliqué, partiel, général, symptomatique*, etc., etc.

3°. Dans les cas que j'ai observés, les parties que le scorbut affectait de préférence et en premier lieu étaient *les plus éloignées du centre circulatoire.*

4°. *La pesanteur joue un certain rôle dans la production du scorbut ;* presque toujours, lorsque l'individu est habituellement couché, les parties sur lesquelles le corps repose sont plus fortement ecchymosées que les autres.

5°. On peut rapporter à quatre chefs principaux les causes premières du scorbut. A. *Obstacle au cours du sang veineux dans les gros troncs.* J'ai plusieurs fois rencontré des concrétions fibrineuses dans les veines iliaques d'individus dont les extrémités pelviennes étaient infiltrées de sang. Je me rappelle avoir vu, en 1829, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. *Rayer*, un homme chez lequel on trouva à l'autopsie la veine iliaque droite remplie de caillots fibrineux de formation presque récente. Il avait présenté pendant sa vie une infiltration séreuse de tout le membre abdominal droit. Cette infiltration, qui était très-considérable, était survenue trente heures environ avant la mort, et avait été accompagnée, au bout de dix-huit heures, d'un développement considérable de pétéchies et d'ecchymoses, qui siégeaient uniquement dans les parties infiltrées. M. *Rayer*, avant l'ouverture du cadavre, avait annoncé qu'on devait trouver un obstacle récent au cours du sang veineux. B. *Impulsion plus forte du sang artériel.* Puisqu'on remarque des hémorrhagies actives des muqueuses pulmonaire, gastrique, etc., pourquoi n'en serait-il pas de même pour la peau ? C. *Fluidité plus grande du sang*, qui a par là plus de facilité pour s'échapper des vaisseaux capillaires sanguins. Dans quelques circonstances, en effet, le sang m'a paru plus fluide et n'ayant aucune tendance à se coaguler. D. *Diminution de la sensibilité et de la contractilité des parties, déterminée par un défaut de*

l'innervation. Ceci est tellement vrai, que le plus grand nombre des scorbutiques que j'ai observés étaient des vieillards en démence ou des paralytiques aliénés. J'ai remarqué que lorsque le scorbut venait à se développer chez un homme qui aurait eu un membre paralysé ou affaibli, à la suite de quelques blessures ou d'une névralgie ancienne, c'était presque toujours par ce membre que commençait la maladie, et que c'était sur lui qu'elle se montrait avec beaucoup plus d'intensité.

6°. *Une seule des causes précédentes ne suffit pas toujours pour produire le scorbut ; il faut souvent que plusieurs d'entre elles soient réunies.*

7°. Le scorbut n'est pas toujours accompagné de symptômes asthéniques; il doit nécessairement *se montrer avec des symptômes inflammatoires* lorsque sa cause se rattache au second ordre de celles que j'ai établies. De plus, si l'individu est jeune, si l'innervation conserve encore quelque énergie, le sang sorti du torrent circulatoire ne doit-il pas agir comme corps étranger, et donner lieu à cette série de phénomènes qui caractérisent les phlegmasies?

8°. *On est prédisposé aux fractures dans le scorbut,* parce que, lorsqu'il affecte les os, ceux-ci, se trouvant ramollis, gorgés de sang, et ayant perdu en partie leur substance compacte, se cassent sans beaucoup d'effort. Si les fractures des scorbutiques ne se consolident pas, c'est parce que les fragmens baignent toujours dans le sang, et que le périoste et la membrane médullaire se trouvent décollés par des caillots de sang interposés entre eux et les surfaces osseuses des fragmens.

9°. Lorsque le scorbut porte ses atteintes sur les os, il peut aussi prédisposer à la nécrose. Un de ses effets est de rompre les adhérences qui unissent les surfaces osseuses avec leur périoste, tant interne qu'externe, et de déterminer entre elles et ce dernier des épanchemens de sang plus ou moins considérables (j'ai montré plusieurs cas de ce genre à la Société anatomique). De ce décollement du pé-

rioste résulte quelquefois la nécrose. L'effet doit être à peu près le même que lorsqu'on produit ce décollement d'une manière artificielle.

10°. Ce même décollement, siégeant aux extrémités des os, fait que les articulations ne sont plus affermies avec la même force par leurs ligamens, dont les insertions sont détruites ou très-relâchées. De là une prédisposition aux luxations. Chez un homme qui était mort depuis vingt-quatre heures, et dont la main gauche était tuméfiée et couverte d'ecchymoses, je luxai successivement, sans beaucoup d'effort, toutes les articulations des phalanges des doigts. Mon collègue M. *Bergeon* et M. le docteur *Lélut* s'y trouvaient présens.

11°. J'ai vu retirer les meilleurs effets des évacuations sanguines locales, des cataplasmes émolliens, des antiphlogistiques, etc., dans certains cas de scorbut, accompagnés de symptômes inflammatoires. MM. *Ferrus* et *Lélut* savent combien sont grands les avantages qu'ils obtiennent de cette médication dans un service où le scorbut se montre fréquemment.

(Comme le mot *scorbut* se trouve plusieurs fois dans ce paragraphe, j'ai soin de séparer ce dernier du précédent, de peur qu'on ne m'accuse de considérer le scorbut, tel qu'on l'entend communément, comme une maladie de la peau.)

ARTICLE VI.

Maladies du système locomoteur.

§ 1er.

Desault et M. *Jules Cloquet* ont observé que, dans quelques cas très-rares de fractures de la clavicule, alors même que la solution de continuité siégeait en dedans du ligament coraco-claviculaire, les malades pouvaient porter la main correspondante sur le sommet de leur tête, et imprimer au membre thoracique des mouvemens pres-

que aussi libres et aussi étendus que dans l'état normal. Ces chirurgiens, pour expliquer ce phénomène, ont avancé que, dans les cas qu'ils avaient rencontrés, la fracture était oblique de dedans en dehors et de haut en bas, et que le fragment externe prenait un point d'appui sur l'interne. *Desault* admettait, en outre, que l'engrènement réciproque des fragmens, lorsque la fracture était oblique, pouvait y donner lieu. L'observation m'a prouvé qu'il pouvait encore en être ainsi, bien que les fragmens eussent quitté leurs rapports, et fussent éloignés l'un de l'autre de plus de six lignes. (Voyez à ce sujet le fait que j'ai rapporté, Lancette française, tom. 4, n°. 45.) Le même fait me paraît prouver, contre l'opinion générale, que le fragment interne de la clavicule est susceptible de se déplacer, bien qu'il soit solidement fixé à la première côte par un ligament très-résistant.

§ 2.

L'auteur d'un excellent travail sur le rhumatisme (voyez art. *Rhumatisme*, du grand Dictionnaire des sciences médicales, pag. 564), M. *Villeneuve*, dit : « Les auteurs admettent d'une manière générale que « le rhumatisme, à l'état chronique, peut se terminer par la paralysie du « membre qui en est le siége, ce dont ils ne citent d'ailleurs aucun « fait particulier, à l'exception de M. *Burdin*, qui a rapporté dans le « Bulletin de l'Athénée de Médecine, pour le mois de février 1808, « l'observation remarquable d'un homme dont le bras gauche est « complètement atrophié par suite d'un rhumatisme chronique. » On pourrait croire, d'après ce passage, que le rhumatisme chronique seul peut entraîner la paralysie, et que cette variété ne se rencontre que très-rarement. Je vais ici, comme dans un des paragraphes précédens, donner en peu de mots le résultat de mes propres observations, dont j'ai recueilli une partie dans le service de M. *Rayer*.

1°. *Il existe une variété du rhumatisme qui a la plus grande tendance à se terminer par la paralysie des parties qu'il affecte.*

2°. *Cette variété doit se rencontrer assez fréquemment.* Je ne sau-

rais croire que le hasard seul m'eût permis d'en observer au moins dix exemples.

3°. *Cette variété peut se montrer non-seulement à l'état chronique, mais même à l'état aigu.*

Dans le premier cas, la maladie a une marche très-lente et est accompagnée d'exacerbations. Elle se porte souvent alternativement sur le système synovial et le système musculaire, et se fixe enfin sur ce dernier. Elle finit par entraîner avec elle la perte plus ou moins complète de la sensibilité et du mouvement, et l'atrophie des parties qui en sont le siége. J'ai recueilli l'observation d'un homme qui, habitué journellement à avoir les jambes dans l'eau, fut pris un jour tout à coup d'un rhumatisme articulaire aigu dans les articulations des membres abdominaux. Ce rhumatisme une fois guéri, cet homme voulut continuer son genre de travail; peu à peu des douleurs survinrent dans le trajet de tous les muscles des extrémités pelviennes. Celles-ci finirent à la longue par perdre la sensibilité, et plus tard le mouvement. La perte de la sensibilité était telle, que le malade m'a assuré avoir perdu plusieurs fois en marchant, et sans le sentir, les sabots qu'il avait aux pieds; ses yeux seuls le firent apercevoir de leur perte. Les jambes et les cuisses s'atrophièrent au dernier point.

Dans le second cas, son invasion est brusque; les douleurs sont atroces, dilacérantes; la plus légère pression est insupportable. Il y a insomnie complète, sueurs abondantes, fréquence du pouls, anxiété, agitation, etc. Les muscles se rétractent et forment des saillies très-dures sous la peau. La sensibilité et le mouvement paraissent étouffés sous le poids de la douleur, disparaissent quelquefois pour toujours, ou ne reviennent que long-temps après, et souvent encore incomplètement. L'atrophie des parties affectées est encore ici un des résultats qui s'observent. Un homme entra à l'hôpital Saint-Antoine avec un rhumatisme musculaire aigu dans les deux membres du côté gauche. Il y ressentait des douleurs atroces et un froid tellement vif, qu'il ne

pouvait les réchauffer ; ils étaient roides, et leurs muscles fortement contracturés et douloureux à la pression. Pouls fréquent et plein, insomnie, sueurs copieuses, anxiété extrême; pas de douleurs de tête ni sur le trajet de la moelle épinière; perte du mouvement dans les membres affectés, et du sentiment du tact. Quinze jours après, le rhumatisme de tout le membre inférieur abandonne les muscles de ce membre pour se concentrer sur les articulations, qui deviennent rouges, tuméfiées et douloureuses. Un mois plus tard, le membre thoracique malade présente les mêmes changemens. Le rhumatisme articulaire ne disparaît que quarante jours après son apparition, pour se disséminer sur toute la longueur des membres du côté gauche. Au bout de trois mois, l'atrophie de ces membres était telle, que leur circonférence avait treize lignes de moins que ceux du côté opposé. Il ne pouvait leur imprimer que des mouvemens très-peu étendus, et la sensibilité était loin d'être encore complètement revenue. Ce ne fut que six mois après son entrée que le malade put sortir de l'hôpital; encore n'était-il pas complètement guéri. — Chez un autre malade, où le rhumatisme paralytique se montrait sous forme croisée, affectant plus fortement le membre thoracique droit et l'extrémité abdominale gauche, nous observâmes, à peu de chose près, les mêmes particularités, à l'exception de la suivante : le membre thoracique droit était raccourci de trois lignes, et le membre gauche abdominal de huit. Les mesures furent prises avec le plus grand soin. Lorsque le malade put marcher (au bout de huit mois), il fut obligé de se faire faire un soulier à haut talon.

4°. Lorsque le rhumatisme affecte la forme paralytique, il est facile ordinairement de le distinguer de toute affection de l'axe cérébro-spinal. L'état des parties malades, l'absence de douleurs dans la tête et le long du canal vertébral, la conservation des facultés intellectuelles et de tous les sens, à l'exception du tact, le commémoratif, etc., suffiront le plus souvent pour le faire reconnaître.

5°. Le traitement de cette espèce de rhumatisme à l'état aigu doit

être celui des inflammations. Les antiphlogistiques doivent être employés sous toutes les formes; malheureusement n'en retire-t-on pas des effets aussi prompts que dans les autres phlegmasies. Il faut y recourir avec beaucoup de persévérance. Lorsque la maladie affecte depuis quelque temps la forme chronique, ou est passée à cet état, c'est à l'emploi des excitans qu'il faut avoir recours. Les frictions ammoniacales, les bains sulfureux, les vésicatoires volans, les douches, l'électro-puncture, la strychnine, administrée soit à l'intérieur, soit par la méthode endermique, etc., tels sont les moyens thérapeutiques qui paraissent le plus avantageux. Les sinapismes, promenés avec persévérance sur les parties malades, m'ont procuré des succès que j'avais attendus vainement de l'emploi des autres moyens que je viens d'énumérer.

FIN.